

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Revista médica editada mensalmente pelo

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Instituto para o tratamento da Cirurgia

Diretor: DR. CARLOS FRANCISCO RIBEIRO

VOL. LXVIII

São Paulo, julho de 1954

N.º 1

Sumário:

	Pág.
Etiopatogenia de las fistulas perianales — Drs. E. J. CHAMBOU- LEYRON e J. P. MUSIARI	11
Tratamiento de las fistulas perianales — Drs. E. J. CHAMBO- LEYRON e J. P. MUSIARI	17
Produção Médica de São Paulo:	
Associação Paulista de Medicina:	
Otorrinolaringologia	25
Cirurgia	30
Patologia	33
Proctologia	33
Academia de Medicina de São Paulo	34
Outras Sociedades	38
Imprensa Médica de São Paulo:	
Sumário dos últimos números	50
Vida Médica de São Paulo:	
Academia de Medicina de São Paulo	52
Colégio Internacional de Cirurgiões	54
Sociedade de Oftalmologia de São Paulo	56
Homenagem — Dr. Cassio Villça	56
Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo — Homenagem	57
Congressos Médicos:	
I Congresso Brasileiro e II Latino-Americano de Anestesiologia	58
Assuntos de Atualidade:	
Novo antibiótico	60
Literatura Médica:	
Livros recebidos	60
Separatas e folhetos recebidos	62



LABORATÓRIO TORRES S. A.

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Revista médica mensal fundada em 1913 sob a direção dos Drs.:

ARNALDO VIEIRA DE CARVALHO,
VITAL BRAZIL E DIOGO DE FARIA

Editada sob a direção do
DR. ADEMAR NOBRE

pelo



Sanatório São Lucas

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Diretor: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

VOLUME LXVIII
JULHO A DEZEMBRO DE 1954

São Paulo Editora S/A. imprimiu

1954

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

TABELA DE PREÇOS PARA ANÚNCIOS

CAPA:	Cr\$
2. ^a página da capa (12 × 19 cm.) por vez	1.500,00
3. ^a página da capa (12 × 19 cm.) por vez	1.200,00
4. ^a página da capa (12 × 19 cm.) por vez	2.000,00
TEXTO:	Cr\$
1 página (12 × 19 cm.) por vez	1.500,00
½ página (9 × 12 cm.) por vez	800,00
¼ página (9 × 5,5 cm.) por vez	500,00
Encarte por vez	1.500,00
Página fixa	20% de aumento.

ESTERILIZAÇÃO DO TRACTUS INTESTINAL PELO DERIVADO FTÁLICO DA SULFA

ANASEPTIL = FTALIL

(Ftalil-Sulfatiazol com Vitamina K e B₁)

Absorção praticamente nula, alcançando grande
concentração no conteúdo intestinal

DISENTERIAS

COLIBACILOSES

ENTEROCOLITES

COMPANHIA FARMACÊUTICA BRASILEIRA
VICENTE AMATO SOBRINHO S/A.

Praça da Liberdade, 91

São Paulo

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

RUA BRAÚLIO GOMES, 25 - 4.º Andar — TELEFONES 4-7744 e 8-5445

VIKASALIL

B₁

EM DRÁGEAS ENTÉRICAS



Anti-Reumático Analgésico



Associação de Salicilato de Sódio
com Piramido



EFEITO MAIS RÁPIDO.
QUALQUER TIPO DE DOR.



Fórmula:

Salicilato de Sódio	0,50
Piramido	0,10
Vitamina K	0,001
Vitamina B ₁	0,006
Bicarbonato de Sódio	0,03



LABORATÓRIO PHARMA

Marcello, Massara & Cia.

Rua Tabatinguera, 164 — Fone, 33-7579 — São Paulo

NAS EXCITAÇÕES
NERVOSAS



Elegantol



neuro-sedativo - anti-espasmódico - anti-convulsicante

Na hiper-excitabilidade reflexa - Córdio-Sedativo - Na Epilepsia (No Eretismo Córdio-Vascular, Taquicardia Paroxística, Extra-sístoles funcionais, etc.).

A base do célebre

LEPTOLOBIUM ELEGANS

Crataegus Oxiacanta-Bromuretos de Amônios, Sódio, Potássio, etc.

MODO DE USAR: { Adultos: 1 colher, 15 cc. 3 vezes ao dia em água açucarada.
Crianças: a metade.

MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A.
PRODUTOS FARMACEUTICOS

Rua Rui Barbosa, 377 - Telefone 33-3426 - São Paulo

PANTOMETIONIN

(Flaconetes de 5 cm³, ampolas de 10 cm³ e comprimidos)

FÓRMULA:

INJETAVEL (uso endovenoso)

AMPOLAS DE 10 CM³

Acetil metionina	2,600 g
Cloreto de colina	0,050 g
Glicocolica	0,050 g
Inositol	0,100 g
Vitamina B12	10 mcg.

Soluto glicosado a 30%

q. s. p. 10cm³

O R A L

FLACONETES DE 5 CM³

Acetil metionina	0,650 g
Cloreto de colina	0,500 g
Glicocola	0,050 g
Inositol	0,100 g
Vitamina B12	5 mcg.

Água bi-distilada

q. s. p. 5cm³

COMPRIMIDOS

Cloreto de colina	0,200 g
Metionina (amido acido)	0,500 g
Inositol	0,100 g
Vitamina B12	2 mcg.
Excipiente q. s. p.	0,900 g

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

*No tratamento das anemias macrocíticas, das
hepatites e toxi-infecções com insuficiência hepática*

APRESENTAÇÃO:

Caixa com 5 ampolas de 10 cm³

Caixa com 5 e 10 flaconetes de 5 cm³

Tubo com 20 comprimidos.

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

Licença do S. N. F. M. sob os números 709/32, 709/32 e 402/32
Tabela A alinea XIII Indústria Brasileira

Farm. Resp.: **M. P. Lanzoni**

LABORATÓRIO PHARMA

MARCELLO MASSARA & CIA.

Rua Tabatinguera, 164 — Telefone 33-7579 — São Paulo



NOVIDADE NA TERAPÊUTICA DA DOR

D O L C S O N A

Sinergia medicamentosa de duas potentes substâncias de ação analgésica e antiespasmódica:
metadona e papaverina

- ★ Alivia a dor sem provocar narcotismo
- ★ Poder analgésico 3 vezes maior que o da morfina e sem os seus inconvenientes
- ★ Ação terapêutica constante e uniforme quer pela profundidade quer pela duração da analgesia
- ★ Não afeta o coração nem a pressão arterial
- ★ Menor depressão respiratória que os opiáceos
- ★ É particularmente alivia nas dores provocadas, mantidas ou exaltadas por espasmos da musculatura lisa.



Ampólas - de 1cm³, em caixas com 5, 25 e 100
Comprimidos - tubo com 10

MEDICAMENTO ENTORPECENTE

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

DOLCSONA

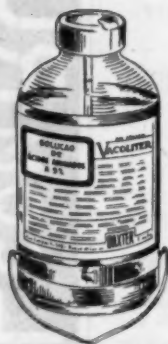
Indústrias Químicas Mangual S. A.

DEPARTAMENTO

DON BAXTER

APRESENTA AS NOVAS SOLUÇÕES EM

VACOLITERS



Ácidos Aminados a 6 % em água destilada.

Soluto de Glucósio a 5 % com Vitaminas B₁, B₂ e PP.

Soluto de Glucósio Isotônico com 10 % de Álcool.

Lactado de Sódio em Solução 1/6 Molar.

Solução Fisiológica de Cloreto de Sódio.

Glucósio em Solução Isotônica de Cloreto de Sódio a 5 % e 10 %.

Solutos de Glucósio em água destilada a 5 % e 10 %.

Em frasco de 500 e 1 000 cm³

Soluto de Lactado de Sódio e Cloreto de Sódio com Cloreto de Potássio
(Solução de DARROW).

Em frasco de 250 cm³

Material para instalação de Bancos de Sangue :

Transfuso Vac, plasma Vac, conjuntos de colheita e administração de sangue. Plasma humano normal seco (irradiado).



Indústrias Químicas Mangual S. A.

MATRIZ.....: Rio de Janeiro - Rua Paulino Fernandes, 53/55. Telefone : 46-1818
Caixa Postal 3.705 — Enderço Teleférico : "PICOR"

LABORATÓRIOS: Duque de Caxias - Estado do Rio — Rua Campos, 543.

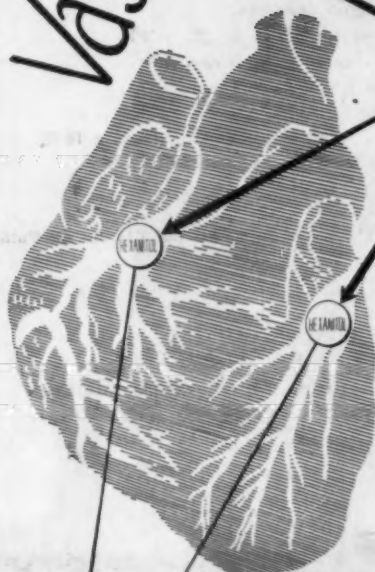
FILIAL.....: São Paulo — Rua Manoel Dutra, 218 — Telefone: 32-9626.
Enderço Teleférico : "BAXTER"



HEXANITOL

HEXANITOL COM RUTINA

Vaso-dilatadores
Hipotensores



HEXANITOL
*baixa a pressão
arterial*



HEXANITOL COM RUTINA
*baixa a pressão arterial
e evita as hemorragias
cerebraes e oculares*

Laboratório Sintético Ltda
Rua Tamandaré 777 Tel-364572
São Paulo

Barcelona

HEXANITOL COM RUTINA

HEXANITOL



Um produto ETACH

NA PROFILAXIA E NO TRATAMENTO
DAS CARENCIAS MÚLTIPLAS

VI-GLOBEOL

VITAMINAS - MINERAIS - AMINO-ÁCIDOS - IÓDO

Proporciona ao paciente cooperação irrestrita
para qualquer orientação dietética.

INDICAÇÕES: No tratamento das carencias múltiplas vitamínicas e minerais, na infância, na adolescência, na gravidez, na lactação e na geriatria.

APRESENTAÇÃO: Granulados coloridos de agradável sabor, com elementos nutritivos regeneradores e plásticos. Eleva o padrão nutritivo recuperando o carenciado, o anêmico e o astênico.

Cada colher de sobremesa contém:

Grupo vitaminas (verde)		Lactato manganês	0,006 g
Vitamina A	10.000 U.I.	Sulfato de cobre	0,0012 g
Vitamina D ₃	1.000 U.I.	Sulfato de zinco	0,006 g
Vitamina B ₁ (cloridrato de tiamina)	0,003 g	Sulfato ferroso, U.S.P.	0,006 g
Vitamina PP	0,024 g	Grupo amino-ácidos (branco)	
Vitamina C (ácido ascór- bico)	0,090 g	Triptofano	0,003 g
Grupo minerais (rosa)		Histidina	0,0015 g
Fosfato tricálcico	0,30 g	Lisina	0,0015 g
Fosfato diatómico	0,06 g	Cloridrato de colina	0,030 g
Fosfato monopotássico	0,03 g	Combinação iodotônica (marrom)	
		Iodeto de potássio	0,00414 g

LABORATÓRIO FARMABRAZ

Antônio J. Ferreira & Cia.

Rua Santos Rodrigues, 263 - Rio de Janeiro

INFILTRAÇÃO GORDUROSA



**AÇÃO PREVENTIVA CONTRA A
ARTERIOESCLEROSE**

HEPATOCAICO

Labor



NAS INSUFICIÊNCIAS HEPÁTICAS

LABORTERAPICA S. A.

(Uma instituição apoiada na confiança do médico)

SANTO AMARO (SÃO PAULO)

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Director: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui 114 — Fone, 36-8181 — Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil

Assinatura por 1 ano . . . Cr \$ 200,00 — Número avulso . . . Cr \$ 20,00

VOL. LXVIII

JULHO DE 1954

N.º 1

Etiopatogenia de las fístulas perianales

Dr. E. J. CHAMBOULEYRON

Jefe de Cirugía, 5.º Piso, Hospital Central, de Mendoza, Argentina.

Dr. J. P. MUSIARI

Médico Agregado al Serviço de Cirugía, Hospital "Emilio Civit".

El término fístula deriva del latín "fistula", en cuya lengua significa caña, tubo, arcabuz, etc. Análogamente a muchos otros términos médicos, el vocablo fístula guarda casi intacta su raíz latina, sea en lenguas neo-latinas o en las anglo-sajonas; en efecto, encontramos *Fistule* (en francés), *Fistola* (en italiano), *Fistula* (en inglés) y *Fistal* (en alemán).

Originariamente, el término indicaba un objeto de forma cilíndrica, alargado y hueco (caña); como la caña se transformó paulatinamente en un instrumento de viento, el término pasó en un segundo momento a significar flauta (caño pulido), zampofia (compuesta de una bolsa de piel de oveja o cabra y varias cañas) y arcabuz. Con respecto a este último término, sabemos que es de origen árabe (*Al* y *caduc*), y significa caño para conducir un líquido.

Como es lógico suponer, en el terreno científico se usa el término fístula en su primitivo significado para indicar un conducto patológico accidental o congénito, por el que fluye pus o un líquido normal desviado de su camino ordinario; y fístula perianal, conducto anormal cerca del ano, con o sin comunicación con el intestino. El origen de estas fístulas puede ser múltiple: congénitas, quistes supurados, heridas penetrantes, cuerpos extraños, neoplasmas, secuelas quirúrgicas, procesos abdominales supurados abiertos en periné, y por último, las más frecuentes, las originadas por un proceso infectivo del canal anal, que después de formar un absceso

abierto espontánea o quirúrgicamente deja como secuela una fístula, única o múltiple, pero siempre en comunicació anal o rectal.

De estas últimas, que representan más del 90 %, son de las únicas que nos ocupamos en este trabajo.

La etiopatogenia del absceso perianal y por ende de la fístula, es un assunto que ha sido muy discutido, pues no es fácil explicar por qué esa zona preparada naturalmente para la expulsión del bolo fecal duro y a veces leñoso es asiento tan a menudo de abscesos. La simple fisura, la herida accidental por un cuerpo extraño englobado en el bolo, la infección de una cripta que por su forma en embudo drena fácilmente, no pueden explicar esta etiopatogenia.

Hermann y De Fosses en 1880 entrevieron la etiopatogenia, al llamar la atención sobre la presencia de los "conductos o glándulas anales" como los denominaron, y preguntarse si no serían ellos los responsables de los abscesos. Como estos hechos y su confirmación tiene para nosotros un interés capital en el tratamiento racional, no sólo de los abscesos sino de las fístulas, es que nos hemos interesado en ello, trayendo a los distinguidos colegas nuestros estudios, conclusiones y lo que pensamos debe hacerse en el momento actual ante un absceso y una fístula perianal.

Los estudios de Hermann y De Fosses se vieron confirmados y ampliados por Johnson, Lockart — Mummery — Haris, Tucker y Hellwig, Nesselrod, Kratzer, Gordon Watson, Brenner, Naunton Morgan, Kratzer y Deckerty, Hill, Coleman y muchos otros.

Todos ellos llevaron a fondo los estudios, no sólo en hombres sino en animales y en fetos. Leyendo estos trabajos, que también fueron confirmados por nosotros en cortes anatómicos de adultos y fetos, hemos llegado después de su estudio a diversas conclusiones que creemos de mucho interés resumir y de ellos deducir:

Que la mayoría de las glándulas anales desembocan en el hombre en el hemiano posterior, algunas en el hemiano anterior y muy raramente en las partes laterales. De esto se deduce que ello está de acuerdo con la ubicación de los orificios primarios de las fístulas.

Que estas glándulas desembocan en el fondo de una cripta., punto siempre asiento del orificio primario de las fístulas.

Que estas glándulas existen en un 55 % de los adultos, lo que nos lleva a la conclusión de que no hace absceso o fístula el que quiere sino el que puede, o sea el que tiene glándulas. Esto explica por qué hay personas que a pesar de tener processos infectivos a repetición en el ano y recto no hacen abscesos.

Que son glándulas en receso debido a existir en mayor número y porcentaje en los fetos que en los adultos (fig. a).

Que su presencia en gran número en los animales tendrían, según algunos autores, un rol importante en la atracción sexual por el olfato, y que su desaparición gradual en el hombre se debería al haber adoptado la posición erecta.

Que de los estudios anatómicos se puede decir que existen varios tipos de glándulas :

- a) formadas por un simple conducto (fig. 1);
- b) otras que se dividen al cabo de pocos milímetros, en dos tubos secundarios (fig. 2);
- c) otras que forman verdaderos racimos tubulares y algunas de estas ramificaciones pueden ser muy largas (figs. 3 y 5).

Que su número, según Kratzer y Dockerty en exhaustivo estudio histológico de anos de feto, de monos y en 100 adultos, es de 1 a 5 glándulas, y que como dijimos, la gran mayoría en hemiano posterior.

Que en sólo el 55 % de los hombres adultos existen glándulas anales. Que histológicamente, las glándulas presentan un epitelio de transición entre el cilíndrico del recto y el plano de la piel. Los tubos están revestidos de un epitelio cuboide. Estos tubos terminan a veces en verdaderos quistes mucoides.

Kratzer y Dockerty han encontrado células, que tenían por el método de Calantha, demostrando con ello la actividad celular en la producción de mucus.

Que se ha podido demostrar que, empezando siempre en una cripta, se ubican en distintas capas de las estructuras anatómicas del recto; así vemos :

- 1) que algunas descansan en la submucosa hacia arriba, o sea hacia el recto.
- 2) Otras siempre superficialmente bajo la piel de transición ano rectal.
- 3) Otras avanzan profundamente entre los haces del esfínter estriado.
- 4) Otras, después de atravesar el complejo esfinteriano, tienen una rama superior que atravesando el elevador termina en forma ciega en la fosa pelvi-rectal (fig. 6).

Que esta disposición de las glándulas explica con facilidad por por qué una infección de la cripta puede progresar a la glándula, cuyo orificio interno se oblitera por el edema. La progresión de la infección dará lugar al absceso, que buscará salida según la disposición anatómica de la glándula. Esto explica también por qué una infección que empieza en el canal y su absceso subsiguiente se abren camino a veces a través del complejo esfinterianos, cuando su abertura al recto sería mucho más fácil.

Que todo ésto nos lleva a la conclusión de que, según la variedad de glándulas y su ubicación, tendremos :

- a) Abscesos submucosos en las glándulas situadas en la submucosa;
- b) Abscesos perianales superficiales en las glándulas que hayan superficialmente por dentro de los esfínteres.

- c) Abscesos isquirectales en las glándulas que se encuentran entre los haces o por fuera de ellos.
- d) Abscesos pelvirectales cuando la glándula tiene una prolongación a través del elevador.

Y que ello nos lleva a la producción de las fístulas :

- a) Submucosas;
- b) introesfinterianas;
- c) interoextraesfinterianas;
- d) profundas extraesfinterianas a través del elevador.

Que la primera variedad y en algunos casos de las últimas, son fístulas que drenan a la cripta totalmente en las submucosas, y por una de sus ramas en algunas variedades de las pelvirectales.

Esto nos lleva a las siguientes conclusiones :

- 1) Que para nosotros todos los abscesos perianales son adenoflegmones supurados de las glándulas anales.
- 2) Que hay abscesos en los que al ser operados es fácil evitar la formación de la fístula, por poderse extirpar la cripta correspondiente.
- 3) Que en otros la abertura amplia del absceso no evita la formación de la fístula, debido a que no es posible llegar a la cripta sin seccionar el complejo muscular esfinteriano.
- 4) Que al abrir un absceso nos encontraremos con abscesos únicos o múltiples conectados entre sí, según la variedad de la glándula en, juego, única o en racimo.
- 5) Que sólo la extirpación del nacimiento de la glándula en la cripta correspondiente y de toda la glándula infectada evitará la formación de la fístula.
- 6) Que esto nos lleva a interesantes conclusiones para el tratamiento racional de las fístulas secuelas de estos abscesos.

Esto será motivo de otro trabajo, que también leeremos en estas Jornadas.

Metionina, Colina, Inositol e fração
antitóxica do fígado

BENECRON

ORAL E INJETÁVEL

INSTITUTO TERAPÊUTICO ACTIVUS LTDA.

Rua Pirapitingui, 165 — São Paulo, Brasil.

TOSSE **Codoforme**

XAROPE

DRÁGEAS

Frasco com 150 cm3

Frasco com 20 drágeas

Adultos: 3 a 5 colheres, de
sopa, ao dia, fóra das refeições.

Adultos: 5 a 8 drágeas nas
24 horas.

Crianças: A partir de 3 anos,
3 a 5 colheres, de café, ao dia,
igualmente fóra das refeições
principalmente.

Crianças: A partir de 5 anos,
2 a 5 drágeas, por dia. Deglutir
a drágea sem mastigar e sem dis-
solvê-la na boca.



LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO - ROUSSEL S. A.

RIO DE JANEIRO

COD PA

São Paulo — Rua Bitencourt Rodrigues, 180 — Caixa Postal, 439

**PODEROSO ANTISÉPTICO
URINARIO E BILIAR**

URASEPTINE ROGIER



Fabricada no Brasil com licença especial de HENRY ROGIER, PARIS, FRANCE,
LABORATORIOS ENILA S. A. Caixa 484. Rio de Janeiro.

Rua Riachuelo, 242 — Caixa Postal 484 — Rio de Janeiro

Filial: Rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo

Tratamiento de las fístulas perianales

Dr. E. J. CHMBOULEYRON

Jefe de Cirugía, Hospital Central, de Mendoza, Argentina.

Dr. J. P. MUSIARI

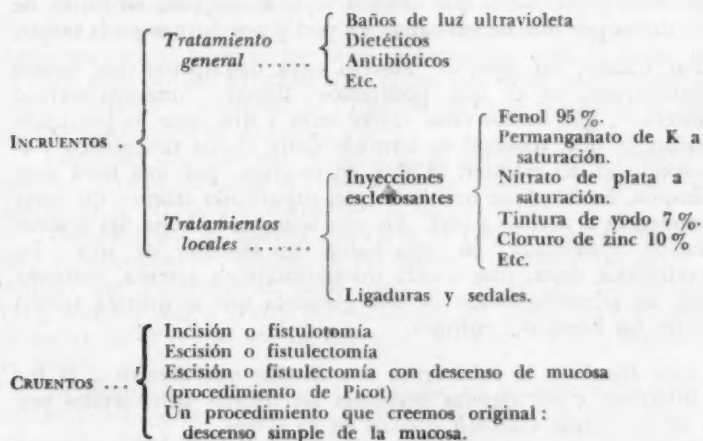
Médico Agregado al Servicio de Cirugía, Hospital "Emilio Civi".

Dos peligros dominan en el tratamiento de las fístulas perianales: la recidiva y la incontinencia esfinteriana. Esto ha dado lugar, desde los tiempos más remotos, a idear procedimientos para evitar tales inconvenientes.

Cuál es el tratamiento ideal?

- 1) El que expone al menor número de recidivas.
- 2) El que no expone al sistema esfinteriano y por ende a la incontinencia del ano.
- 3) El más simple.
- 4) El más rápido.

Si hacemos un resumen de todos los procedimientos empleados a este fin, los podremos dividir en dos grandes grupos: Incruentos y cruentos.



El miedo a la incontinencia ha sido la causa que se instituyeran los tratamientos incruentos generales, intentando curar a este grave achaque por medio de baños de sol, ultravioletas, antibióticos, inyecciones esclerosantes, etc., que se han abandonado por ser ineficaces debido, en gran parte, a no estar de acuerdo a la etiopatogenia de la fístula. Las ligaduras se emplean aún hoy, cuando las fístulas son muy externas y profundas y la cirugía pone en peligro el complejo esfinteriano.

Nosotros creemos que el tratamiento de las fístulas es exclusivamente quirúrgico.

Como vimos en el trabajo anteriormente presentado, este achaque se forma por la apertura espontánea o quirúrgica de un adenoflegmón de las glándulas anales, dejando un trayecto que comunica con una cripta.

También dijimos que habían cinco clases de abscesos:

- 1) Submucosos que se abren directamente en recto, sin llegar a piel, cuando la glándula es submucosa ascendente.
- 2) Subcutáneos, dando una fístula cutáneo-mucosa intraesfinteriana producida por una glándula submucosa descendente.
- 3) Abscesos izquierectales, por glándulas cuyos tubos atraviesan o rodean los haces esfinterianos, dando lugar a fístulas inter o extra-esfinterianas.
- 4) Abscesos pelvirectales que se abren a piel después de atravesar el elevador, formados por glándulas cuyos tubos después de pasar entre los haces esfinterianos tienen una prolongación a través del elevador, terminando en forma ciega en la pelvis. Estos abscesos dan las fístulas más difíciles de tratar y creemos que la causa principal es que muchas veces el trayecto, en forma de Y, drena por una de sus ramas en piel y por la otra en la cripta.
- 5) Por último, un tipo de absceso cuya descripción no hemos encontrado, es el que podríamos llamar "interesfinteriano interno", que hemos visto varias veces y que tiene la particularidad de que, habiéndose formado entre el haz subcutáneo y el superficial del esfínter, se abre en la cripta por una boca muy amplia, formándose una bolsa con supuración crónica sin tener tendencia a abrirse a piel. En una ocasión, la bolsa del absceso estaba epitelizada; en otra había tres semillas de uva. Es, podríamos decir, una fístula interesfinteriana interna, formada por un adenoflegmón de una glándula que se insinúa apenas entre los haces del esfínter.

Esta fístula y la submucosa son fístulas que drenan a la luz del intestino, y en algunas ocasiones las fístulas pelvirectales por una de sus ramas también drenan en la cripta.

Ahora bien: la fistulotomía es para nosotros el **tratamiento** ideal para las fistulas submucosas y las cutáneo mucosas intraesfinterianas, pues es el más sencillo, no compromete el esfínter y no da lugar a recidivas si se ha extirpado la cripta.

En las interesfinterianas internas también usamos la simple incisión, con sección del haz subcutáneo del esfínter, a lo que se agrega el curetaje para destruir la epitelización, y la extirpación de la cripta. En este caso, también el procedimiento es sencillo, inocuo y no expone a recidivas.

La fistulectomía simple, procedimiento muy usado, y el de Picot que a lo anterior agrega el descenso de la mucosa, son procedimientos muy complicados por tener que seguir un trayecto a veces múltiples, siempre entre los haces del esfínter, por fuera de él y a veces a través del elevador.

En la simple fistulectomía se deja la mucosa abierta, causa de recidiva, punto que trata de obviar el segundo, descendiendo la mucosa.

Para nosotros, esta parte de la operación de Picot, o sea el descenso de la mucosa, es lo único importante; y el procedimiento, que es original, es éste: descenso de la mucosa sin ocuparse para nada del trayecto, y es el que plantearemos ante Uds. y daremos cuenta de su técnica y de sus resultados.

Fué ya presentado por mí en el Ateneo del Hospital Central de Mendoza, y Musiari lo publicó en la *Semana Médica*, en el número del 26 de noviembre de 1953, con el nombre de "Procedimiento de Chamboleyron".

Siempre nos ha parecido inoperante ocuparnos del trayecto fistuloso, pues como sabemos la fistula se reproduce fatalmente si no se consigue obliterar el orificio interno, aunque se extirpe el trayecto.

En esto, estas fistulas no escapan a las leyes de la Patología General, ya que en la fistulas vésico-vaginales, estercoráceas, biliares, salivares, etc., el trayecto no tiene importancia, pues lo único que la tiene es el orificio primario del órgano y la causa que lo produjo; cerrado aquele y extirpada la causa, el trayecto rápidamente desaparece aunque no se toque.

Aquí, en nuestro caso la causa es la glándula que produjo el absceso, que la supuración crónica ha destruido, y el orificio primario, es la cripta que entretiene la supuración.

Descendiendo la mucosa hasta que el orificio quede afuera del ano y suturando la sección de la misma a la línea anorectal, el orificio que la originaba caiga fuera del techo. La fistulectomía trata dicha gotera a través del cielorraso del techo, y en el procedimiento de Picot la mitad del acto, el más difícil y engorroso, es inútil.

Es además un procedimiento sencillo, no tocando para nada el complejo esfinteriano y por ello no existe el peligro de incontinencia aún en las fistulas más complicadas y con múltiples orificios externos.

El post operatorio es breve, indoloro, no hay curaciones, taponajes, mechas, etc. Los primeros días la supuración aumenta, para ir mermando y desaparecer antes de los ocho días. El trayecto duro se va ablandando hasta casi no tocarse.

TÉCNICA

Prevía preparación del enfermo para una operación proctológica, sin olvidar la antisepsia intestinal por los antibióticos y con una buena anestesia, de preferencia raquídea o epidural para tener una buena relajación, hacemos lo siguiente :

- 1) Dilatación del ano y colocación de un espéculo de media caña, del que hemos hecho hacer un modelo especial más ancho que el común.
- 2) Con solución de azul de metileno ubicamos la cripta asiento del orificio interno.
- 3) Mientras el ayudante sostiene el espéculo, seccionamos la mucosa a nivel del pecten y con tijera se la disea en todo el hemiano correspondiente, tratando de llevar esta disección lo más alto posible, seccionando las conexiones de esta mucosa con las capas musculares del recto. Encontraremos unas fibras musculares lisas que retienen la mucosa y que deben seccionar-se; son las fibras musculares de las columnas de Morgagni, que describe Anson en su tratado de anatomía. Encontraremos el trayecto fistuloso, al que se contornea y trata de disecar en su mayor longitud en el complejo esfinteriano y se lo secciona. La mucosa disecada vendrá fácilmente hacia afuera y se la secciona por encima del orificio fistuloso. Se la sutura a la sección de la piel de transición, y la operación está terminada. Un punto importante es que la mucosa no quede tirante, pues se seccionaría a nivel de los puntos y la retracción daría lugar a que, quedando el orificio a descubierto, se reprodujera la fístula.

En el post operatorio, estreptomycin, dieta líquida y constipación durante 4 o 5 días; luego vaselina líquida para provocar una deposición blanda.

El orificio o los orificios externos drenan pus los primeros días y luego paulatinamente va disminuyendo la secreción hasta desaparecer. Hemos efectuado esta operación en más de veinte casos, todas fístulas inter o extraesfinterianas, siempre con éxito. La primera vez fué aplicado el procedimiento en una fístula sacra por herida de bala. El enfermo había sido operado repetidas veces, pues la llevaba desde la guerra del 14, y con este sencillo método curó en ocho días, llevando ya cerca de tres años sano. Musiari operó una fístula con tres orificios externos, con éxito. Otro enfermo, con dos fístulas, una de cada lado, provenientes de dos criptas diferentes del hemiano posterior.

Indicamos este tipo de operación en todas las fístulas en que entre en juego el complejo esfinteriano, y creemos que mientras más antigua mejor, seguramente por ser la destrucción de la glándula más completa, no importando el número de bocas ni su trayecto; pero es muy importante no dejar un orificio primario sin extirpar con el descenso.

En las fístulas extraesfinterianas post absceso pelvirectal existe una objeción teórica, y es que en los casos en que una rama de la fístula drene en la cripta y nó en la piel, ello podría dar lugar a recidiva. Sin embargo, hemos operado un caso de este tipo de fístula con éxito (radiografía 1).

Esto lo podemos prever con la fistulografía lipiodolada, examen que creemos indispensable cuando se tiene duda sobre el tipo de fístula o ella no ha podido ser cateterizada (radiografía 2 y 3).

Además, este examen nos permite descartar un doble orificio interno o primario.

Otra contingencia es la presencia de un cuerpo extraño en el trayecto de la fístula, que llevaría al fracaso del procedimiento de no extraerlo. Esto también se puede prever con la radiografía contrastada, al observar una dilatación en la parte del trayecto donde se encuentra.

RESUMEN

- 1) Después de presentar una sinopsis de todos los tratamientos de las fístulas anales, se hacen críticas y consideraciones sobre ellos.
- 2) Se indica la fistulotomía como procedimiento de elección en las fístulas submucosas, intraesfinterianas e interesfinterianas internas.
- 3) Se presenta un nuevo procedimiento, sencillo, inocuo y que se cree eficaz para el tratamiento de las fístulas crónicas, inter y extraesfinterianas.
- 4) El procedimiento consiste en el simple descenso de la mucosa rectal y su sutura en la línea anorectal, una vez extirpada la parte que contenía el orificio primario.
- 5) Este procedimiento se mostró eficaz en más de veinte casos, y aún en casos con varios orificios externos.
- 6) Se recomienda el estudio del trayecto fistuloso con radiografías contrastadas con lipiodol, para evitar efectuarlo en fístulas con cuerpos extraños.
- 7) En las fístulas pelvirectales, como no se posee mayor experiencia y a pesar de un éxito, se hacen objeciones teóricas sobre su posible fracaso, cuando la fístula drene al recto por la cripta.
- 8) Rogamos a los señores colegas probar este procedimiento para que el tiempo y un mayor número de casos diga si las esperanzas que tenemos sobre su utilidad son reales.

RHODICILLINE

Diidro-estreptomicina, Penicilina G cristalizada e
Penicilina G-procaína

Comporta a maioria das indicações dos antibióticos que entram em sua composição. É indicada no tratamento das infecções graves, particularmente naquelas cujo agente não possa ser rapidamente identificado.

EMBALAGENS

Rhodicilline "1/4" — Infantil — Caixa de 1 frasco com 400.000 unidades de Penicilina G, Penicilina G-Procaína e 0,25 g de Diidro-estreptomicina

Rhodicilline "1/2" — Caixa de 1 frasco com 400.000 unidades de Penicilina G, Penicilina G-Procaína e 0,50 g de Diidro-estreptomicina

Rhodicilline "1" — Caixa de 1 frasco com 400.000 unidades de Penicilina G; Penicilina G-Procaína e 1 g de Diidro-estreptomicina



A marca de confiança

RHODIA

Caixa Postal 8095. — São Paulo, SP

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Sessão em 17 agosto 1953

Presidente: Dr. ANTONIO CORRÊA

Propriedades e emprego do ACTH e cortisona. Prof. Helio Lourenço de Oliveira — A cortisona, esteróide sintético, é dotada das atividades mineralocorticóide e glicocorticóide. Pela primeira, pode ocasionar retenção de sódio e espoliação de potássio, fenômenos que se acompanham de alcalose. Pela segunda, é fator de estímulo da neoglicogênese, que se liga a um efeito de antianabolismo protéico. As duas formas de atividade corticóide, nas doses de cortisona terapêuticamente úteis, são geralmente excessivas. As consequências indesejáveis desta terapêutica, decorrentes de tais efeitos metabólicos, são discutidas, indicando-se os meios possíveis de sua profilaxia. A atividade responsável pelos efeitos terapêuticos acompanha, nos esteróides

des conhecidos, a atividade glicocorticóide. Ela se representa essencialmente pela ação sobre as funções dos tecidos de origem mesenquimal. O hormônio adrenocorticotrópico deve seus efeitos terapêuticos, semelhantes aos da cortisona, à sua ação sobre o córtex suprarrenal que, sob esse estímulo, secreta esteróides de grande atividade glicocorticóide (principalmente o composto F), além de outros dotados de propriedades mineralocorticóides e androgênicas.

Granuloma idiopático da face e do faringe. Drs. Antonio Corrêa e Marco Elisabetsky. — O granuloma idiopático é uma afecção de aspecto inflamatório que surge nas vias aéreas e digestivas superiores, com caráter necrótico, e que termina por des-

● Solução concentrada de glicofosfatos "cerebrais": de sódio, de potássio e de magnésio.
● Leva as matérias minerais específicas indispensáveis à reconstrução e ao funcionamento da célula nervosa

**NÃO CONTEM ESTRICNINA
NEM ARSÊNICO
ESGOTAMENTO CEREBRAL. CON-
VALESCENÇA. NEURASTENIA.**



**Nevrosthénine
Freyssinge**

Golosi

Filial: rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo

truir o esqueleto nasofacial e eventualmente o palato e faringe. O característico fundamental desta afecção é a presença, no exame histopatológico, de tecido de granulação banal.

Conhecido pelo nome de granuloma maligno, granuloma letal, granuloma gangraenescens, dêle já foram assinalados na literatura mundial cerca de 50 casos. Apresenta-se sob duas formas: *facial*, mais frequente, com os sintomas clássicos de uma sinusopatia (obstrução nasal, rinorréia, dores locais, e em seguida tumefação que se necrosa; a ulceração resultante progride incessantemente durante meses até a morte por hemorragia, caquexia, complicações intracranianas, etc.) e *faringea*, na qual as lesões surgem no palato, bochechas, pilares amigdalinos ou parede do faringe e são em tudo semelhantes às descritas para a forma facial. O característico frisante da moléstia sob o ponto de vista clínico é a completa ausência de resistência do paciente à progressão do processo necrótico, que conduz quase que sistematicamente ao êxito letal.

A natureza da afecção é controversa, não subsistindo os argumentos apresentados em favor de osteomielite, noma, micose fungóide, lupus pernio e tumor inflamatório do tubo digestivo, descrito por Braun. Baseado em estudos experimentais e observações morfológicas de vários autores relativas à alergia, Moore, Williams, Hochfilzer e Hagens consideram o granuloma idiopático da face como derivando de uma hiperimunidade localizada, resultando em uma reação do tipo Arthus dos tecidos afetados. Foram assinalados 3 casos de cura com o uso de cortisona nas dosagens habituais; em dois dêles a localização era facial e no terceiro estendia-se também para o faringe e laringe, atingindo as cordas vocais.

Os dois casos da presente comunicação, observados na Clínica Otorrinolaringológica do Hospital das Clínicas (Serviço do Prof. Paula Santos), eram de localização facial e semelhantes nos seus aspectos clínico e histopatológico. Os pacientes apresentaram o quadro de sinusite aguda supurada e desta maneira foram tra-

tados, por métodos cirúrgicos ou conservadores. A evolução do processo inflamatório sinusal não respondeu à terapêutica inicial e mostrou um caráter úlcero-necrótico progressivo, que levou à destruição das partes moles e do esqueleto da face. Todos os exames clínicos e de laboratório (hematológicos, culturas, bacteriológicos) não conseguiram relacionar a doença a uma entidade clínica definida. O exame histopatológico, praticado repetidamente, mostrou tratar-se de um processo inflamatório crônico sem especificidade e sem caráter neoplástico. O caráter necrótico da ulceração, progredindo apesar de tôdas as terapêuticas lembradas para casos semelhantes (antibióticos, sulfamidoterapia, soro antigangrenoso, transfusões, antilúéticos, radioterapia, cirurgia), mostrou a falta de elementos de defesa orgânicos contra a lesão localizada na face. O uso de adrenalina injetável, naquela ocasião (1949), teve por objetivo o estímulo do conjunto hipófise-suprarrenal, como tentativa de favorecer a resistência à progressão da doença. Infelizmente, não contávamos na ocasião com a corticotropina e a cortisona, que tão bons resultados deram nos três casos citados.

ACTH e cortisona no tratamento das queimaduras e estenoses cicatriciais por ingestão de substâncias cáusticas. Dr. Plínio de Mattos Barretto. — O conhecimento da demonstração experimental das vantagens da terapêutica pela cortisona no tratamento preventivo das estenoses, realizada por diversos pesquisadores norte-americanos, e a notícia de que a hormonoterapia estava sendo empregada no Chile para o tratamento das esofagites corrosivas, levou o autor ao emprego do ACTH e da cortisona no tratamento das queimaduras por ingestão de substâncias cáusticas. O autor se referiu aos trabalhos de Spain, de Boshier e col., de Weisskopf, e de Rosenberg e aos de Téllez e col., para justificar o emprego dos hormônios em combinação com a terapêutica antibiótica, que reduz o perigo das complicações e favorece a evolução, mesmo dos

L
L P B
E



anobesina

Anobesina

(cycloexil - 2 dinitro - 4,6 fenato de sódio)

O TRATAMENTO QUÍMICO DA **OBESIDADE**, MODERNO E RACIONAL

A ANOBESINA é um produto químico orgânico, preparado por síntese completa no nosso Laboratório. Sob o ponto de vista químico, é semelhante ao dinitrofenol-alfa-1,2,4, do qual porém diferencia-se pela presença a mais de um grupo cicloexílico. É justamente este grupo que torna a **ANOBESINA** bem menos tóxica que o dinitrofenol comum.

- **Ativa** as combustões celulares.
- **Cura** os retardamentos da nutrição.
- **Eleva** o metabolismo basal.
- **Resolve** o problema do tratamento da Obesidade.

Empregando a **ANOBESINA** em doses normais, o obeso adulto perde um quilo por semana, sem dietas depauperantes e perigosas.

•
*Cada comprimido corresponde à dose diária ativa para 20 quilos
de peso do obeso.*

A fraca toxidez da Anobesina elimina em partes, os perigos, demasiadamente conhecidos, observados com o emprêgo do dinitrofenol-alfa comum.

•
AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DOS SRS. MÉDICOS

•
DEPARTAMENTO DE PROPAGANDA

LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S. A.

RUA SÃO LUIZ, 161 - Fone 35-3141 - Caixa Postal, 8.086 - End. Teleg. "BIOLÓGICO"

casos intensamente queimados. Falou dos resultados verdadeiramente espetaculares obtidos com o emprego do ACTH dissolvido em soro fisiológico e dado por via intravenosa, produzindo rápida e considerável transformação no quadro clínico. As mais apreciáveis transformações foram: diminuição das dores, dos edemas, dos exsudatos e do tecido de granulação. Os pacientes, logo depois da primeira dose, passaram a deglutir a saliva e no dia seguinte podiam deglutir alimentos líquidos. No terceiro ou no quarto dia puderam retomar a alimentação normal com sólidos. Em quase todos os casos houve rápida epitelização das lesões dos lábios, da boca e da faringe. Pacientes que estão sendo acompanhados há mais de dois meses, embora ainda apresentem boa parte do esôfago recoberto por tecido de granulação, evidenciam disfagia pouco pronunciada. Estes doentes, examinados endoscopicamente, suportaram muito bem a passagem dos espêculos e de sondas dilatadoras; o esôfago, ainda que se apresentasse coberto de granulações, conservava as paredes elásticas.

Nesta primeira série de 16 casos, propositadamente não foi feito nenhum outro tratamento preventivo das estenoses e ainda é cedo para julgar da ação da hormonoterapia sobre elas. As doses empregadas foram de 10 a 15 mg diários de ACTH para adultos, e de 5 a 7,5 mg para as crianças. Durante 15 dias foi dado o ACTH e depois os pacientes passaram a tomar cortisona. Naturalmente, foi seguida a orientação geralmente recomendada para o emprego do ACTH e cortisona, isto é, dieta pobre em cloreto de sódio e administração de cloreto de potássio, a fim de evitar desequilíbrios eletrolíticos.

ACTH e blastomicose das mucosas. Drs. José Eugênio Rezende Barbosa e Mauro Cândido de Souza dias. — Os autores comunicaram os primeiros resultados de um estudo em andamento na Clínica Otorrinolaringológica da Santa Casa de São Paulo, sobre a ação de certos medicamentos, ACTH inclusive, na evolução do pro-

cesso de cicatrização das lesões em casos da paracoccidioidose brasileira quando em tratamento pelas sulfas. Grande número de pacientes portadores da citada micose, com alterações da mucosa das cavidades bucal, faríngea e laríngea, quando submetidos ao tratamento intensivo pelas sulfas, apresenta reação cicatricial com intensa infiltração fibrosa, endurecimento local e acentuada retração, que perturbam zonas funcionalmente ativas, provocando, às vezes, estenoses. Os autores, com controle anátomo-patológico e observação clínica metódica, observaram que o hormônio adrenocorticotrópico influi de maneira favorável no aspecto local, funcional e histopatológico das cicatrizes mucosas, tornando-as frouxas, móveis, praticamente sem retrações acentuadas e histologicamente não se observa a grande infiltração conjuntiva no córion da mucosa. Os pacientes foram submetidos a 25 mg de ACTH em doses fracionadas, com todos os cuidados clínicos necessários e durante todo o período inicial de tratamento pelas sulfas. Os autores não concluem nada em definitivo, pois o estudo continua em curso, o número de casos é escasso e torna-se necessário, ainda, o estudo comparativo com pacientes submetidos à ação dos iodados.

ACTH e cortisona em otorrinolaringologia. Revisão da literatura. Dr. João Ferreira de Melo. — **Rinite alérgica:** É a afecção onde há maior número de pesquisas e onde são obtidos os melhores resultados desta hormonioterapia. É muito comum nos E.U.A.N. e na Europa, sendo, porém, raros os casos de polinose entre nós. Na maioria dos trabalhos, a via de introdução utilizada foi a oral, nas dosagens comuns, e os resultados obtidos foram bons, embora temporários, pois que, cessada a administração da droga, a sintomatologia reapareceu em 3 dias até no máximo 4 meses. Como conclusão, afirmam todos os autores que a aplicação das drogas durante o período da polinização evita toda a sintomatologia alérgica, embora não cure o paciente.

Rinite alérgica perene: a) Os casos de pacientes asmáticos com rinite alérgica perene com ou sem polipos nasais, nos quais a cortisona foi administrada por via oral para o tratamento da asma, mostraram melhora subjetiva da obstrução nasal, com diminuição ou parada do corrimento nasal aquoso e desaparecimento dos espirros. O exame local das fossas nasais mostrava uma mucosa pálido-azulada, mas não muito edemaciada, e uma retração de, cerca de 20 a 50% no máximo dos polipos, embora o tratamento por vezes tenha sido demorado. A retirada da droga ocasiona a volta de todo o quadro anterior, em um lapso de tempo variável. Estes mesmos resultados já foram assinalados pelos americanos, nas mesmas condições. b) A administração de cortisona *localmente* por nebulizações (três ao dia) de uma solução de 8 mg/ml mostrou-se útil nas rinites alérgicas, pois havia melhora variada da sintomatologia e retração da mucosa, que, da cor pálido-azulada, passou a rósea escura. Nos casos de rinite alérgica complicada com polipos, a cortisona determinava uma retração de 50 a 100% dos mesmos, com melhora subjetiva das queixas. Cerca de 2 a 8 semanas após a parada do tratamento, reaparecia a sintomatologia e o exame dos polipos mostrava volta às condições anteriores ao tratamento. c) Utilizou-se, também, a *via endonasal* em forma de instilações de cortisona a $\frac{1}{4}$ (quatro vezes ao dia) e os resultados foram bons em 50% dos casos, porém, temporários. Quanto à nossa experiência particular os resultados obtidos não foram tão bons quanto aos assinalados pelos americanos, pois, na maioria dos casos em que aplicamos o Rinocortisone (em gotas nasais, de 4 em 4 horas ou de 6 em 6 horas, durante um período de 3 dias ou várias semanas), sua ação foi duvidosa e até mesmo ineficaz. Dizem os autores que os polipos regredem ou desaparecem com essa forma de introdução da cortisona, o que não verificamos. d) Em trabalhos mais recentes, a *via intramucosa* ao nível dos cornetos inferiores foi aconselhada. Injeta-se 0,1 ou 0,2 ml de uma solução de

acetato de cortisona (25 m/ml) nos cornetos inferiores, alternando as fossas nasais cada 3 dias. Cerca de 80% dos casos melhoraram por um período de 6 a 10 meses, com o desaparecimento do edema da mucosa e retração dos polipos e, ainda mais, certos pacientes puderam beneficiar-se da ação dos anti-histamínicos, o que anteriormente não acontecia. A ação seria local, no tecido de choque, interferindo no mecanismo antígeno-anticorpo e não uma ação cáustica, como se poderia pensar.

Rinite medicamentosa: A cortisona por via oral mostrou-se eficaz como um dos processos de substituição da droga na rinite medicamentosa. Usamos 25 mg (comprimidos) cada 6 ou 8 horas, por um período variado, até que pudéssemos elucidar o problema da rinite que precedeu ou que determinou o uso e abuso de vasoconstritores locais. Temos também verificado, como os americanos, que o uso repetido destes hormônios faz com que o efeito seja cada vez menor, até se tornar totalmente ineficaz.

Rinite vasomotora: Tanto americanos como europeus afirmam ser duvidoso o resultado desta hormonioterapia e acham mesmo que não deva ser utilizada para tais casos.

Sinusite alérgica: Nesta afecção os resultados têm sido os mesmos verificados na rinite alérgica. Acham alguns autores que devam ser utilizados o ACTH e a cortisona como auxiliares do tratamento específico.

Cirurgia nasal: Aproveita-se a ação desses hormônios para evitar edemas, equimoses e certas reações teciduais, além de tornar o pós-operatório melhor. Preconiza-se a via bucal em doses de 25 mg cada 6 horas, utilizando-se, segundo o caso, de 3 a 11 doses. Devem ser usados em todas as operações nasais, mormente nos casos de cirurgia plástica. No caso de polipos nasais, devem ser usados no pré e pós-operatório, para se obter uma retração dos mesmos e ainda aproveitar os benefícios acima citados.

Faringe: A ação no tecido linfóide é de desagregação do mesmo pela

UM NOVO ANTIBIÓTICO DE AMPLO ESPECTRO

ACROMICINA*

CAPSULAS DE TETRACICLINA LEDERLE

ACROMICINA Cloridrato de Tetraciclina *Lederle* é um novo e superior antibiótico de amplo espectro que acarreta reacções secundárias definitivamente mais raras e de desprezível importância. Em solução, a ACROMICINA mantém-se sem perda de potência pelo espaço de 24 horas. Proporciona mais rápida absorção pelos tecidos e líquidos orgânicos.

Em termos de economia hospitalar, a ACROMICINA concorre para reduzir os períodos de hospitalização, simplifica os trabalhos de enfermagem e apressa a disponibilidade de leitos para novos pacientes.

ACROMICINA é eficaz contra infecções por estreptococos beta hemolíticos, infecções estafilocócicas, pneumocócicas e gonocócicas, infecções meningocócicas, pneumonias atípicas, infecções por *E. coli*, bronquite e bronquiolite agudas, e contra certas infecções mistas.

CAPSULAS: 250 mg, 100 mg, e 50 mg

ENDOVENOSA: 500 mg, 250 mg, e 100 mg

PO DISPENSÍVEL: 50 mg por colher de chá (3 gramas)

Outras formas farmacêuticas serão apresentadas tão pronto o permitam as experiências que se vêm fazendo com o produto.

LEDERLE LABORATORIES DIVISION

Cyanamid Inter-American Corporation

49 West 49th Street, New York 20, N. Y., E. U. A.

ÚNICA REPRESENTANTE NO BRASIL:

BARROSO - WALTER S. A. Indústria e Comércio

Rio de Janeiro (C. Postal 1039) — São Paulo (C. Postal 1750)

Porto Alegre (C. Postal 1650) — Recife (Ilus do Hospício, 71)

Salvador (Av. 7 de Setembro, 142-1º)



*Marca Registrada

ação rápida desses hormônios, de tal maneira que o tecido linfático não só deixa de crescer mas continua a regredir. Esse efeito foi utilizado em casos de *hipertrofia de adenóide*, onde a cirurgia e a radioterapia não puderam ser escolhidas; com nebulizações de cortisona houve retração temporária da adenóide. Isto explica as melhoras verificadas nos casos de otite média supurada, onde o tecido linfático produzia obstrução das trompas.

Laringe: O edema produzido pela irradiação de carcinoma do laringe diminuiu em 11 horas e em 4 dias era mínimo. No edema subglótico e supraglótico (este causado por um abscesso do hipofaringe devido a corpo estranho), a regressão foi rápida e radical; em certos casos utilizou-se também a penicilina. Em *laringotraqueobronquites*: os resultados não foram bons, tendo sido necessária a traqueotomia em todos os casos (que eram, aliás, de grande gravidade). Na *amiloiose do laringe*: o uso local de cortisona mostrou-se útil em um caso, que, entretanto, ainda está em observação.

A maioria dos autores que utilizaram estas drogas afirmam que as mesmas não devem ser utilizadas rotineiramente, pois sua ação é paliativa e não curativa, e os recursos de dessensibilização específica nos casos de alergia são mais eficazes e menos perigosos.

Apreciação crítica sobre o uso de ACTH e cortisona em Otorrinolaringologia. — Dr. Raphael da Nova. — O autor exaltou a importante ação do ACTH e cortisona, prevenindo, muitas vezes, as complicações cardíacas da febre reumática e da artrite reumatóide. Inibindo as exsudações inflamatórias e alérgicas, estes

hormônios são indicados no tratamento da rinite vasomotora, onde sua ação é paliativa, e nas queimaduras, em que evitam a espoliação dos líquidos orgânicos. Outra indicação seria no pós-operatório da fencistatoma labiríntica; Landsberg preconiza o uso local de cortisona para prevenir a labirintite serosa, fator de relevância, segundo ele, no aparecimento dos insucessos cirúrgicos; a medicação não interfere no fechamento da janela, segundo trabalho experimental praticado no macaco *Rhesus*, por Rambo.

O especialista, ao ter que operar um paciente que acaba de se submeter a tratamento prolongado com cortisona, deve lembrar-se que ele provoca estado de insuficiência suprarrenal durante uma a duas semanas e que deverá reiniciar o tratamento 48 horas antes do ato cirúrgico, empregando doses médias, que não venham a interferir no processo normal de cicatrização.

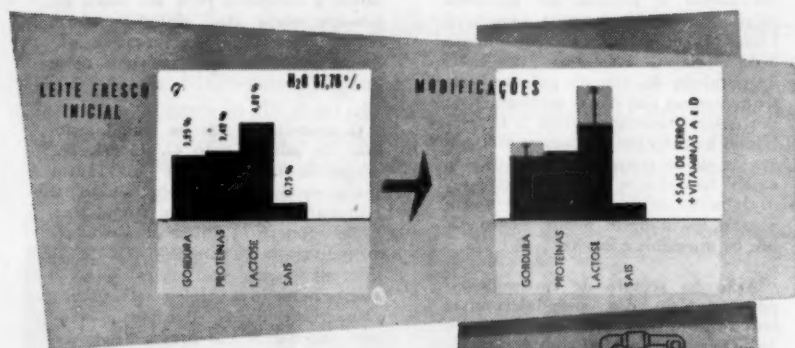
Comentando a ação favorável do ACTH, como tratamento auxiliar do granuloma paracoccidial, conforme os Drs. Rezende Barbosa e M. C. Souza Dias, o autor citou a opinião de Sutcliffe e Stafford, que contra-indicam essa medicação para a blastomicose americana. O autor finalizou, lembrando a ação da cortisona sobre a estrutura e função do tecido linfóide; George Sayers, A. White e C. Long verificaram, no camundongo, uma dissolução dos linfócitos do gânglio linfático; a ação é específica para essas células, pois não provoca degeneração dos elementos sanguíneos de origem mieloide; segundo A. White, a dissolução linfocítica corresponde a um aumento dos anticorpos circulantes e constitui um índice do papel que o linfócito representa no mecanismo imunitário.

Sessão em 19 novembro 1953

Presidente: Dr. ANTONIO CORRÊA

A prevenção da dor no pós-operatório da amigdalectomia com anestesia de ação prolongada. Drs. Moisés Cutin e Rubens Machado de Cam-

pos. — Os autores fizeram uma revisão dos meios empregados correntemente para minorar o sofrimento pós-operatório nas amigdalectomias.



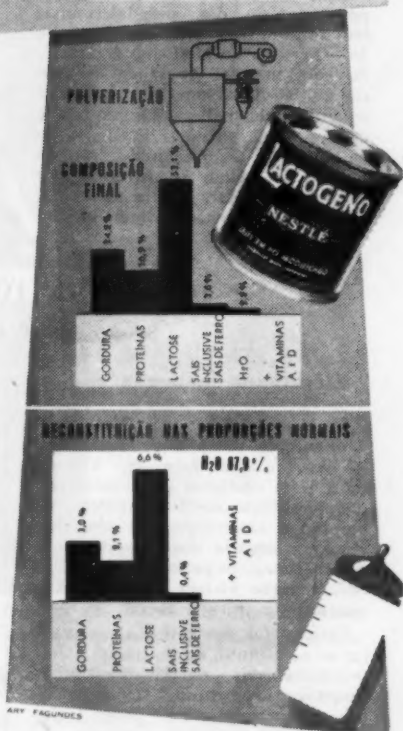
Um precioso auxiliar do MÉDICO

Quando o lactente necessitar de um leite quantitativamente semelhante ao leite materno - na falta dêste ou para completar o aleitamento natural - recomenda-se o LACTOGENO. A composição adequada, a adição de Vitaminas A, D e sais de ferro garantem ao LACTOGENO um alto valor nutritivo que, aliado à excelente digestibilidade, proporciona à criança sadia um desenvolvimento perfeito.

LACTOGENO

é um produto

NESTLÉ



Frisaram as condições especiais da amigdalectomia, tendo em vista a região e o aspecto da técnica cirúrgica. Estudaram o método de anestesia local de ação prolongada usando o Lumetox, cuja fórmula é semelhante à da efocaína. Relataram dois casos de paralisia do véu do paladar consequentes ao uso deste medicamento; um destes pacientes voltou à normalidade ao cabo de três meses; o outro, apesar de se terem passado 3 meses, ainda não obteve melhoras; citaram o trabalho de Weinberg, que revela a ação lesiva deste medicamento sobre os músculos e nervos.

Ação do acetato de cortisona no pós-operatório das amigdalectomias em adultos. Drs. Antonio Corrêa e João Ferreira de Mello. — O acetato de cortisona foi eficaz em 11 pacientes adultos amigdalectomizados, determinando redução do edema e da dor locais nos dias imediatos ao da operação. Os pacientes receberam 150 mg de acetato de cortisona, por via intramuscular, nas primeiras 24 horas, e 100 mg nas 24 horas seguin-

tes. Não foram verificados quaisquer efeitos indesejáveis que contra-indicassem o uso deste hormônio. Portanto, a cortisona pode ser usada no pós-operatório das amigdalectomias em adultos, visando melhorar os sintomas dolorosas que ocorrem nesse período.

O controle da dor na amigdalectomia do adulto pelo G. 15903. Dr. Sérgio de Paula Santos. — O autor historiou o emprego do piramido na terapêutica médica e sua parcial aceitação. Referiu a síntese de novo produto derivado do piramido (G. 15871), que, misturado em partes iguais a este, produz o G. 15903 (Irgapirin), com propriedades que permitem o uso parenteral da droga. Relatou sua experiência em 10 casos no tratamento da dor pós-operatória da amigdalectomia. Apesar do pequeno número de casos, o autor julga que o G. 15903 apresenta propriedades analgésicas superiores às das outras analgésicas usadas até hoje com este fim.

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA

Sessão em 10 setembro 1953

Presidente: Dr. PAULO CORRÊA

Síndrome pós-flebitica. Diagnóstico e orientação terapêutica. Dr. Fuad Al Assal e Prof. Edmundo Vasconcelos. — A síndrome pós-flebitica ou pós-trombótica constitui problema de palpitante atualidade, que tem desafiado a argúcia dos pesquisadores. Até há pouco, os pacientes portadores desta afecção viviam abandonados à sua miséria física e moral.

Léliche foi dos primeiros a dedicar-se ao assunto, evidenciando a importância das zonas reflexógenas simpáticas, constituídas pelos trombos organizados. Foi, porém, Homans que propôs pela primeira vez a ligadura da veia femural superficial, como tratamento desta síndrome. Vêm, em seguida, os trabalhos de Buxton (1944), Lintou e Hordy (1948), que associaram à liga-

dura da veia femural a ressecção da safena interna na coxa e perna e da safena externa, quando insuficientes. Léliche, Olivier, Martinet e Tubiana (1950), De Takats, Ochsner, De Camp, Feibelman e outros (1951), empregaram a ligadura da femural superficial. Bauer preconizou a ligadura e ressecção da veia poplitea. Os autores referiram-se ainda aos trabalhos de Leger e Frileux (1950), Linde (1949), Luke e às pesquisas de Léliche e Ochsner e col., no setor da cirurgia do sistema nervoso simpático para a cura desta síndrome. Trata-se de problema sumamente complexo, não havendo ainda uma orientação definida e segura no tratamento da síndrome pós-flebitica.

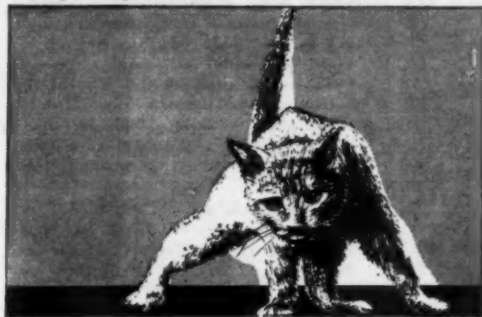
Os autores passaram à análise de seu material, representado por 40

novo princípio

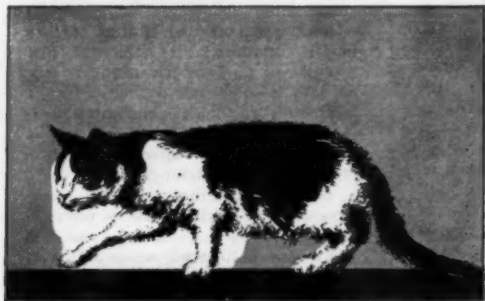
em Estreptomicino-terapia

O AMB STRIN representa um importante progresso na antibiótico-terapia. Combina, em partes iguais, sulfato de estreptomicina e sulfato de diidro-estreptomicina; desta forma, o paciente recebe apenas a metade da dose de cada medicamento. O perigo de lesão vestibular (provocada pela estreptomicina) e de perda de audição (causada pela diidro-estreptomicina) reduzem-se consideravelmente sem diminuição da eficácia terapêutica.

Este princípio tem sido demonstrado tanto em animais como no homem.



*Gato tratado
com estreptomicina,
apresentando ataxia*



*Gato tratado com
a mesma quantidade
de estreptomicina
e diidro-estreptomicina,
apresentando
equilíbrio normal*

Em pacientes tratados com ambos os antibióticos em combinação, administrando-se doses diárias de 1 g durante 120 dias, a ocorrência de neurotoxicidade é praticamente nula.

AMBISTRIN

Sulfato de Estreptomicina e Sulfato de Diidro-Estreptomicina Squibb em partes iguais
Frascos de 1 a 5 g da base pura

SQUIBB PIONEIROS NA PESQUISA E
MANUFATURA DA ESTREPTOMICINA



casos estudados clínica e flebograficamente e submetidos à cirurgia competente.

Os sintomas e sinais encontrados são os seguintes: dor nas pernas e nas úlceras; úlceras; edema; induração; hiperpigmentação, dermatites; varizes.

No estudo clínico dos casos, foram utilizados os seguintes testes: a) prova de Trendelenburg; b) prova de Pratt; c) provas de Perthe e Delbet; este meio propedêutico, que se destina ao estudo da permeabilidade das veias profundas, tem reduzido valor prático, na opinião dos autores; d) a flebografia, que realizaram consoante as seguintes técnicas: por injeção das veias do dorso do pé (método de Al Assal); intraóssea (método de Drasnar, modificado pelos autores); por injeção retrógrada da veia femural, segundo as técnicas de Luke, ou Starkloff e col. O contraste empregado foi o Cilatrast a 70%, na quantidade de 20 ml.

Em todos os casos foram feitas exposições frontais e laterais, lançando-se mão desta ou daquela variante, isolada ou associadamente, consoante as características inerentes a cada caso. Na experiência dos autores, o estudo flebográfico tecnicamente bem executado e cuidadosamente interpretado, fornece o diagnóstico mais exato possível na atualidade dos nossos conhecimentos. As medidas das pressões venosas são feitas para completamentação da conduta diagnóstica e terapêutica. Empregam a infiltração paravertebral, a fim de verificar a participação dos reflexos vasopressores, de origem simpática, o que tem grande importância na indicação da cirurgia do simpático.

Grande número de casos da síndrome em consideração não apresenta antecedentes flebíticos agudos ou traumáticos.

Os autores passaram em seguida ao estudo da terapêutica da síndrome em consideração. Nos casos que apresentam úlcera empregam bota de Unna com sangue, caolin, penicilina e estreptomomicina e, mais recentemen-

te, pomada de furacin; melhoradas as condições locais da úlcera, debedada a infecção ou obtida a cicatrização, procedem ao competente tratamento cirúrgico, com prévia infiltração paravertebral do simpático lombar.

O tratamento cirúrgico compreende a ligadura e ressecção da veia poplítea, associada à das veias safenas magna e parva e comunicantes, quando insuficientes. Acentuam a importância da ressecção ou esclerose das veias comunicantes situadas na base das úlceras, chamadas "feeder veins" pelos autores ingleses e americanos. Assim procedem porque acham que toda veia insuficiente é fator pernicioso de estase venosa. Quando está demonstrada irretorquivelmente a participação dos reflexos simpáticos, realizam, além das ligaduras venosas, a cirurgia do simpático: sympatectomia periarterial ou lombar.

Prosseguindo na sua exposição, tecem considerações em torno dos seus resultados, com follow-up que vai de meses até 2 anos. Analisando os sintomas e sinais desta síndrome, os autores assinalaram que a dor desapareceu em quase todos os casos, cicatrizando as úlceras em 90%. O edema, que constitui muitas vezes o maior tormento dos pacientes (em especial os do sexo feminino) e que os leva a procurar o facultativo, é ainda um dos mais sérios problemas à espera de melhor solução. O edema desapareceu em aproximadamente 30% dos casos, melhorando em 60% e ficando inalterado em 20%. As dermatites, especialmente os eczemas, curaram-se na maioria dos casos e a induração e hiperpigmentação apresentaram melhoras em mais ou menos 95% dos casos, ficando inalterados em mais ou menos 5% dos casos.

Finalmente, os autores concluem que, à luz de sua experiência, os resultados terapêuticos desta síndrome, embora deixem a desejar, são razoáveis, constituindo um estímulo no prosseguimento da luta pela melhoria e aperfeiçoamento das atuais armas terapêuticas.

Xantinon B₁₂

(AMPÓLAS)

VITAMINA B₁₂

FATORES LIPOTRÓPICOS

METIONINA

COLINA

 *Laboratório Xavier*
JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LTDA.



XANTINON B12

AMPOLAS

As causas etiológicas das afecções degenerativas que atingem o fígado podem ser: dietas incompletas, intoxicações endo e exógenas, infecções agudas e crônicas. E com a definição de C. H. Best, diretor do Instituto Bating de Toronto, passaram a chamar "fatores lipotrópicos" àquelas substâncias que têm o poder de impedir a esteatose hepática.

Trabalhos de Miller e Ross (Am. J. Med. Science, 200: 739, 1940) mostraram que a METIONINA impede a esteatose e a necrose hialina do fígado, a icterícia, a diminuição do fibrinogênio do plasma e a ação tóxica do clorofórmio. Previne também as intoxicações pelas sulfonamidas e arsenobenzóis, conforme observações de Rosenthal, Lillie e Stohlmann (Public Health Rep. 56: 24, 1941). A metionina figura entre os dez aminoácidos essenciais à vida e sua presença é imprescindível para o normal funcionamento da célula hepática. A METIONINA e a COLINA atuam no mesmo sentido, regularizando os processos metabólicos das gorduras neutras. É tão grande a importância biológica da colina que ela tem sido denominada recentemente como "vitamina da estrutura normal dos tecidos".

Por outro lado, vários são os estudos que confirmam ser a VITAMINA B12 dotada de atividade lipotrópica bastante pronunciada, quando empregada conjuntamente com outros agentes lipotrópicos, como no presente caso em que está associada à colina e à metionina. Também é certo que, em geral, as afecções crônicas do fígado são acompanhadas de anemia macrocítica, constituindo a vitamina B12 a terapêutica preferida nestes casos.

O fígado, igualmente, possui frações dotadas de elevado poder lipotrópico e que estão incluídas na fórmula do XANTINON B12. Fouts em suas observações confirma este poder protetor do fígado (Fouts - Journ. Nutrition, 25: 217, 1943). As substâncias lipotrópicas removem a gordura pelo fornecimento de radicais metílicos, dando-se a síntese dos fosfolípidos, sob cuja forma são removidas as gorduras.

O XANTINON B12 é, pois, uma combinação sinérgica de fatores que encontra indicação sempre que se desejar ativar a ação lipotrópica e anti-tóxica do fígado.

FÓRMULAS

Cada ampola de 2 cm³ contém:

Vitamina B12	10 microgramas
Xantina	0,0005 g
Metionina	0,050 g
Cloridrato de colina	0,050 g
Fração L de Wilson, fração anti-tóxica hidrossolúvel	1 cm ³
Fatores lipotrópicos hepáticos	q. s. para 2 cm ³

Cada ampola de 5 cm³ contém:

Vitamina B12	20 microgramas
Xantina	0,00125 g
Metionina	0,150 g
Cloridrato de colina	0,050 g
Fração L de Wilson, fração anti-tóxica hidrossolúvel	2,50 cm ³
Fatores lipotrópicos hepáticos	q. s. para 5 cm ³

INDICAÇÕES

Insuficiência e cirrose hepática - Intoxicações endógenas e exógenas - No pré e post-operatórios - Nos distúrbios do colesterol e nas diálises exsudativas - Prevenção e tratamento de intoxicações alimentares e medicamentosas - Coadjuvante no tratamento da arteriosclerose, diabetes, hipertensão, obesidade e mixedema.

POSOLOGIA E MODO DE USAR

Uma a duas ampolas de 2 cm³ por dia, via intramuscular.

Uma ampola de 5 cm³ por dia, via intramuscular.

A critério médico.

APRESENTAÇÃO

Caixas com 3, 6, 25, 50 e 100 ampolas de 2 cm³

Caixas com 3, 25, 50 e 100 ampolas de 5 cm³

LABORATÓRIO XAVIER

JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LTDA.

Rua Tamandaré, 553 e 984 - Caixa Postal 3331 - SÃO PAULO



CONSULTORES CIENTÍFICOS:

PROF. DR. DORIVAL DA FONSECA RIBEIRO

PROF. DR. GENESIO PACHECO

DEPÓSITOS:

RIO DE JANEIRO — RUA MAYRINK VEIGA, 11 - 9.º
PORTO ALEGRE — RUA 7 DE SETEMBRO, 709 - 1.º
BELO HORIZONTE — RUA GOITACAZES, 61
CURITIBA — RUA LOURENÇO PINTO, 84
RECIFE — RUA DA CONCORDIA, 143 - 1.º
UBERLÂNDIA — AVENIDA CESÁRIO ALVIM, 208

REPRESENTANTES NOS DEMAIS ESTADOS

DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA

Sessão em 16 setembro 1953

Presidente: Dr. JOSÉ ROBERTO CARNEIRO NOVAES

Estudo comparativo da ação de drogas antibacterianas na redução da flora intestinal Gram-negativa. Drs. J. V. Martins Campos, José Fernandes Pontes, Walter Hoenen e Naum Kusminsky. — O presente trabalho foi realizado na Cadeira de Terapêutica Clínica (Prof. Cândido de Moura Campos) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e no Serviço de Gastroenterologia (Dr. José Fernandes Paotes), com o auxílio material da Cia Johnson & Johnson do Brasil. Por motivos de ordem clínica e experimental, os autores realizaram um estudo comparativo de drogas antibacterianas num total de 45 pacientes, divididos em grupos de 5 por droga ou combinação utilizadas. Diferenças nítidas foram observadas entre as drogas e combinações, limitando o uso das mesmas para fins de assepsia intestinal, de acordo com o comportamento característico das curvas de redução observadas. Entre os antibióticos, estudaram a aureomicina, cloranfenicol, terramicina e a neomicina; das sulfas

inabsorvíveis escolheram o ftalilsulfatiazol e o succinilsulfatiazol. Baseados nos resultados obtidos, tentaram tratamentos combinados usando aureomicina + ftalilsulfatiazol, cloranfenicol + ftalilsulfatiazol e neomicina + ftalilsulfatiazol. Resultados: 1) usando as drogas isoladamente, a mais rápida e profunda depressão foi obtida com a aureomicina, havendo crescimento rápida e profunda depressão foi obtida com a aureomicina, havendo crescimento rápido das formas resistentes ainda durante o tratamento; 2) com as duas sulfas utilizadas obtiveram redução lenta e progressiva, com o aparecimento tardio das formas resistentes; 3) das combinações, a de aureomicina + ftalilsulfatiazol demonstrou redução rápida, profunda e prolongada. Os autores apresentaram análise estatística do material. O trabalho desperta interesse não só sob o ponto de vista gastroenterológico como também cirúrgico, permitindo o uso de um critério na escolha e no tempo útil do emprego das drogas.

DEPARTAMENTO DE PROCTOLOGIA

Sessão em 25 setembro 1953

Presidente: Dr. ADALBERTO LEITE FERRAZ

Diagnóstico laboratorial das moléstias venéreas em Proctologia. Dr. Durval Rosa Borges. — O autor discorreu sobre as moléstias venéreas mais encontradas pelos proctologistas e a contribuição do laboratório ao diagnóstico, assim resumidas: 1) *Granuloma venéreo* — Esfregaço ou inclusão do material e pesquisa dos corpúsculos de Donovan. 2) *Linfogranuloma* — reação de Frei e fixação do complemento, esta com a vantagem de fornecer melhores indicações clínicas, através do título (em reação quantitativa) e pela sua natu-

reza, pois ela somente é positiva enquanto o vírus estiver presente. 3) *Doença de Ducrey* — pesquisa direta e pela reação de Ito-Reenstierna. 4) *Blenorragia* — microscopia direta, levando sempre em conta a precariedade da informação obtida por este meio; cultura, método mais fiel; enfim, sorologia. 5) *Sífilis* — campo escuro nas lesões com *Treponema*; pelo soro, usando, preferivelmente, antígenos de cardiolíplina e técnicas quantitativas. Enfim, deve sempre ser pesquisada a coexistência de mais de uma moléstia venérea.

Aspectos clínicos e terapêuticos das moléstias venéreas em Proctologia. Dr. Sebastião de Almeida Prado Sampaio. — O autor iniciou suas considerações referindo que a veneologia constitui um dos ramos da medicina que tem apresentado progresso extraordinário neste últimos anos. Ao lado de uma série de conhecimentos etiopatogenéticos, o aparecimento das sulfas, da penicilina e antibióticos, trouxe completa mudança na terapia destas moléstias. A ação específica destes medicamentos reflete-se na incidência dos males venéreos, que vem caindo progressivamente em todos os países, inclusive entre nós. Assim, nos Estados Unidos da América do Norte, entre 1947 e 1951, ocorreu um decréscimo de 49% na incidência da sífilis, enquanto que, para a gonorréia, no mesmo período, este decréscimo foi de 36%. Entre nós é de observação comum para aqueles que trabalham em Serviços de doenças venéreas, a diminuição progressiva dos pacientes. E' de se notar que esta tremenda evolução tem revelado numerosos aspectos novos destas infecções, razão pela qual nos parece muito interessante a

idéia de se analisar os aspectos atuais dos males venéreos em relação à Proctologia. Cumpre desde o início ressaltar que o proctologista, ao lado do dermatologista e do urologista, é o especialista que mais frequentemente encontra no seu âmbito de ação da infecção venérea.

Diagnóstico e tratamento das moléstias venéreas propriamente ditas, ou sejam a sífilis, a gonococia, o cancro mole, o linfogranuloma venéreo e o granuloma venéreo. Dr. Sebastião de Almeida Prado Sampaio. — O autor analisou os principais aspectos de um grupo de doenças que, pela sua localização habitual na genitália e região perianal e pela sua transmissão frequente através das relações sexuais, são consideradas como doenças facultativamente venéreas. Neste último grupo apresentam interêsse para o proctologista o condiloma acuminatum, o molloscum contagiosum, o eritrasma, o eczema marginado de Hebra, o intertrigo blastomycótico, a escabiose, a fírlase genital e as chamadas uretrites inespecíficas ou não gonocócicas.

Academia de Medicina de São Paulo

Sessão de 1.º de abril de 1954

Presidente: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

Aspectos modernos da anestesia. — Sob a Presidência do Dr. Eurico Branco Ribeiro, que se fez acompanhar na direção dos trabalhos pelo Dr. Oscar Figueiredo Barreto, da Associação Paulista de Medicina e secretariada pelo Dr. Mendes de Castro, realizou-se uma reunião da Academia de Medicina de São Paulo, dedicada aos "Aspectos modernos da Anestesia".

O primeiro orador foi o Dr. Kentaro Kataoka, que falou sobre "Ganglioplegia em anestesia". Depois de discorrer sobre o assunto, assim, terminou a sua exposição:

"Fazer dormir o paciente não é, como a maioria julga, a única finalidade da anestesia, pois mesmo dor-

mindo sob a ação de um anestésico, o paciente sofre a influência das manobras operatórias. Cumpre, pois, protegê-lo contra tais manobras, o que se consegue utilizando drogas de ações farmacológicas diversas, dentre as quais os ganglioplégicos, bloqueadores do influxo nervoso ao nível dos gânglios simpáticos. Como consequência da ação de tais substâncias sobre o sistema neuro-vegetativo, surge uma queda de pressão arterial e diminuição do sangramento no campo operatório. Ora, a queda de pressão arterial emprestou ao método a denominação errada de hipotensão controlada e a diminuição da hemorragia interpretada como resultado da hipotensão pro-



Synkavit

Vitamina K hidrossolúvel

Dispensa a administração conjunta de sais biliares, pode ser administrado por via endovenosa, é indolor por via intramuscular. Fácil absorção

Ampolas — Comprimidos

tegeria o doente contra o choque. Tal interpretação foi a única responsável pela grande resistência que sua aplicação encontrou em todo o mundo, porque se acreditava que, num regimen de pressão arterial baixa, haveria menor afluxo de sangue do coração. Entretanto, ha experiencia que demonstram o contrario, o volume sanguineo recebido pelo coração é maior como resultado da diminuição da resistência circulatória periférica provocada pelo bloqueio do sistema neuro-vegetativo. Ademais, a distribuição da massa sanguinea parece fazer-se de modo diferente, circulando volume maior nos órgãos internos do que na pele. E' exato que a queda da tensão arterial faz diminuir o sangramento, entretanto é de observação que tal fato se processa mesmo sem modificação da pressão.

Não resta a menor dúvida que as drogas ganglioplégicas trouxeram grande progresso a anestesia, embora o conceito, as indicações e contra indicações possam variar com o tempo.

Conteou o trabalho o Dr. Luiz Rodrigues Alves, tendo, também discutido o Dr. Roberto Araujo.

O segundo trabalho sobre "Anestesia potencializada" foi relatado pelo Dr. Antonio Pereira de Almeida, cujo resumo é o seguinte:

"A associação de drogas de ação sinérgica é desde muito procurada, pois cada uma delas pôde ser usada em quantidades que se afastam de suas doses toxicas. Porém, hoje a "anestesia potencializada" tem um significado precioso: a potencialização de um hipnoanalgesico (dolanina pelos derivados da fenotiazina (Phenergan, Amplict, Diparkol). A morfina não é mais usada nestas misturas porque tem ação antidiurética. Este metodo de anestesia não foi criado de uma maneira intuitiva. Seguiu-se naturalmente ao estudo dos mediadores químicos do inflexo nervoso, do reflexo de irritação de Reilly, das alterações da circulação capilar de Zweifacht e da teoria do "stress" de Selye. Os ganglioplégicos demonstraram ser incapazes de prevenir as consequências do reflexo de irritação, sendo

portanto os enfartos e as hemorragias capilares viscerais devidas a outros fatores além da adrenalina.

Laborio e Huguenard demonstram a importância da histamina e da acetilcolina no desencadeamento destes syndromes. Conseguiram evita-los com o Phenergan que passou a ser usado no preoperatório dos pacientes. Logo depois foi sintetizado o Amplictil cuja atividade um tempo adrenolitica, acetilcolinolitica, "neuroléfica" e pontencialisadora completou o primeiro "cocktail litico", a chamada mistura n.º L (M.1) que é atualmente a base da anestesia potencializada. O emprego do M. 1 permite o uso de gases anestésicos em pequenas concentrações que nos processos clássicos seriam insuficientes, mesmo, para levar os pacientes ás mais leves fazes da narcose. Do mesmo modo as doses necessárias de barbitúricos, nas anestésias endovenosas, ficam reduzidas a décimo ou mesmo um vigésimo das habituais.

Esta mistura é intensamente analgésica. Diminue o metabolismo e a temperatura. Realisa um verdadeiro tamponamento do sistema neurovegetativo e humoral evitando suas reações inusitadas. Consequentemente, os pacientes sob anestesia potencializada apresentam grande resistencia à anoxia, ao choque hemorragico e ao choque traumático, o que equivale a dizer uma melhor tolerância à cirurgia".

O trabalho foi comentado pelo Dr. Cairo Pinheiro e discutido pelos Drs. Roberto Araujo e Kentaro Kataoka.

O último relatório foi sobre "Hibernação Artificial" a cargo do Dr. Gil Soares Bairão que, em resumo, foi o seguinte:

"Entre as últimas concepções da medicina que maior interesse têm despertado, coloca-se sem duvida a Hibernação Artificial. Nascida na França principalmente a Huguenard. No Brasil seu estudo iniciou-se em Março de 1952, no Hospital das Clínicas de São Paulo.

A Hibernação Artificial surgiu como consequência natural da chamada anestesia potencializada, da qual na maioria das vezes pôde ser considerada como um prolongamento.

NOVA FÓRMULA!...

Prinachol

INJETAVEL

FÓRMULA:

	Ampólas de	
	2cm ³	5cm ³
Cinarina (Princípio ativo cristalizado da Alcachofra)	0,012 g	0,030 g
Acetilmetionina	0,200 g	0,500 g
Colina Cloridrato	0,020 g	0,050 g
Soluto da fração anti-tóxica do fígado a 1:20 q. b. p.	2cm ³	5cm ³

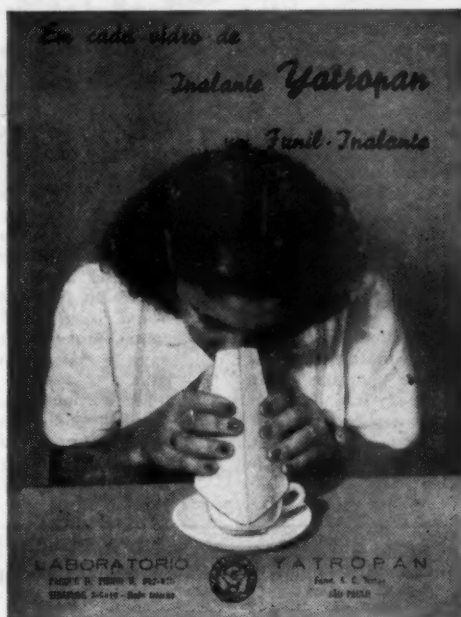
*Associada a Metionina — Colina — Solução
de fração anti-tóxica do fígado*

INTOXICAÇÕES HEPÁTICAS E MEDICAMENTOSAS

Hepatites, estado pré-cirrótico do fígado

LABORATÓRIO YATROPAN LTDA.

Em cada vidro de
Inalante Yatropan
um Funil-Inalante



LABORATÓRIO YATROPAN
FARM. S. PAULO S. 04-471
CINQUE, 24-25 - São Paulo

Farm. S. C. Porto
Rio de Janeiro

Como método terapêutico e mesmo preventivo baseia-se num modo inteiramente diverso de interpretar o comportamento orgânico, quando o indivíduo sofre uma agressão de intensidade razoável para o seu estado. Com a finalidade de evitar o choque, o esgotamento, propõe Laborit que se bloqueie a reação adrenérgica inicial, que se diminuem as excitações e respostas, que se procure diminuir o metabolismo. A Hibernação Artificial é o meio proposto para essa finalidade. Numa Hibernação mais superficial empregam-se apenas drogas, e, quando há necessidade de um grau mais profundo de bloqueio, às drogas associa-se o frio. Este não pôde ser aplicado separadamente, porquanto na ausência do bloqueio das drogas o frio atua também como agente agressor. A principal finalidade do frio é no sentido de baixar o metabolismo.

Das drogas empregadas a que mais sobressai é um dos derivados da fenotiazina lançado na França pelos Laboratórios Rhône-Poulenc, sob o "nome de "Largactil" e no Brasil amplicitil". Possui atividades simpaticolítica e principalmente adrenolítica, tornando-se por isso o elemento principal da Hibernação Artificial. Ao lado desses efeitos apresenta ação das mais complexas ao nível do sistema nervoso central, que se traduz por uma propriedade notável de potencialização intensa dos depressores da corteza por levar o indivíduo a um estado de alheamento do meio ambiente combatendo a angústia. Deprime a hipófise, diminui o metabolismo e baixa a temperatura por ação central. Sua atividade farmacodinâmica no que se refere à sua ação sobre o sistema neurovegetativo, sobre a musculatura lisa, etc., têm sido objeto de pesquisas no Departamento de Farmácia da Faculdade de Medicina de São Paulo.

Outros derivados da fenotiazina utilizados na Hibernação, são o Phenergan e o Diparkol. Os barbitu-

ricos, o Demerol ou Dolantina, os ganglioplégicos (hexametonico, penidomide a neostegmine, a aparetina, a procaina, o álcool, encontram indicações durante a Hibernação. Das vitaminas, são lembradas a B, empregada por seu efeito colinérgico vitamina C e D são catalogadas entre as drogas adrenérgicas. Dos hormônios são utilizados a Desoxicorticosterona e os andrógenos além da somatotrofina hipofisária. A Hibernação é iniciada com drogas de ação intensa, num cocktail mais forte, que é substituído sucessivamente por outros mais fracos até a suspensão do método.

As indicações da Hibernação são as mais variadas, e, praticamente em todas as molestias graves já foi tentada com maior ou menor sucesso.

Os aspectos particulares dos diferentes estados mórbidos, e o estado particular de cada enfermo, determinam diferentes tipos de Hibernação que só a experiência e o conhecimento podem determinar quais sejam. Assim, é diferente do ponto de vista das drogas e suas doses, uma Hibernação em um caso de choque traumato-hemorragico e outra de um tetânico. Uma consideração deve ser ainda feita: — mesmo o que a Hibernação Artificial não seja por si alguma coisa de milagrosa em medicina, afóra as afecções em que realmente trás grandes benefícios, devemos lembrar que seu estudo certamente trará alterações notáveis em certos conceitos de fisiopatologia; e ainda dela surgirão outros tratamentos de estados graves e o caso da eclampsia onde o emprego simplesmente do Amplicit com Phenergan, trouxe os resultados mais surpreendentes, como o Autor e Chaffy Sawaya — já tiveram ocasião de relatar.

Fez o comentário do Dr. Roberto Araujo, tendo discutido o assunto os Drs. Horacio Lima Pereira, Kentaro Kataoka, Carmino Carichio e Antonio Cardos Franco.

Quando se sentir doente e o exame clínico nada revelar, faça examinar, imediatamente, os pulmões pelos raios X. — SNES.

moderno **GLICOSÔRO** V I T A M I N A D O

STUDIO ENICO



SÔRO TÔNICO NUTRITIVO E ANALÉPTICO

CADA EMPÔLA DE 5 c. c. CONTÉM:

GLICEROFOSFATO DE SÓDIO	0,20 gr.
CACODILATO DE SÓDIO	0,85 gr.
SULFATO DE ESTRICNINA	0,001 gr.
SÔRO GLICOSADO	5 c. c.

CADA EMPÔLA DE 1 c. c. CONTÉM:

VITAMINA B1	0,003 gr.
-----------------------	-----------

QUANDO HOUVER CONTRA-INDICAÇÃO À ESTRICNINA DEVE SER PREFERIDO GLICOSÔRO B "SEM ESTRICNINA"

LABORATÓRIO GROSS • RIO DE JANEIRO

Sessão de 15 de abril de 1954

Presidente: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

Sob a presidência do Dr. Eurico Branco Ribeiro e secretariada pelo Dr. Mendes de Castro, realizou-se uma reunião da Academia de Medicina de São Paulo, para discussão dos aspectos modernos da "Transfusão do Sangue".

O primeiro tema: "Problemas recentes na seleção dos doadores de sangue: a) Hepatite por soro homólogo; b) moléstia de Chagas", foi relatado pelos Doutores Ademar Albano Russi, Paulo E. Taunay e Antonio Amorosino.

Os A. A. iniciam o seu relatório sobre a hepatite ou icterícia por soro homólogo, descrevendo os sintomas causados por um vírus hepatotrópico que atua sobre o fígado, e determina lesões graves, fazendo-se acompanhar por icterícia, chegando a necrose hepática aguda e morte do paciente.

A primeira descrição de icterícia após ministração de produtos com soro humano parece ter sido em 1885, por Hirsch, que constatou o aparecimento de icterícia em 14,8% de indivíduos vacinados contra a varíola; em 1937, Findley e MacCallum tornaram a descrevê-la em soldados vacinados contra a Febre Amarela.

Em 1942, ocorreu um surto de icterícia no Brasil, também após o uso da vacina contra a Febre Amarela.

Em 1953 esta moléstia foi designada por "icterícia por soro homólogo" e são relatados os primeiros casos transmitidos por transfusão de sangue.

Como parenteses, desejamos frisar que são distinguíveis, dois tipos de hepatites infecciosas: 1.º) a hepatite infecciosa propriamente dita, causada pelo vírus IH, com menor tempo de incubação (10 a 30 dias); 2.º) a hepatite ou icterícia por soro homólogo, post transfusional, causada pelo vírus SH, com período de incubação de 1 a 6 meses.

Estes vírus, parecem ser diferentes, pois, não há imunidade cruzada en-

tre eles e estabelece-se imunidade definitiva para cada uma de per si após a cura.

No que se refere à transfusão propriamente dita, a percentagem da transmissão da moléstia, é muito maior quando da utilização de plasma do que da de sangue, segundo um trabalho de Sperling e col. atingiu 7,3% para o plasma e 0% para o sangue.

Compreende-se esta maior porcentagem no uso do plasma pelo fato de que a injeção de 0,01cc de material contaminado é o suficiente para a transmissão da moléstia; sabendo-se que no preparo dos "poolings" de plasma são usados de 20 a 50 doadores, um doador apenas que seja portador do vírus, (isto é, esteja no período de incubação ou no de convalescença dessa moléstia) será o suficiente para contaminar todas as unidades, em que se fracionará o "pooling" mãe ou inicial.

Dai a orientação que está ganhando terreno, qual seja a de se evitar a feitura dos "poolings" com a utilização de inúmeros doadores.

A mortalidade da moléstia é alta, variando de 0,2 (Runyan e col.) a 1,3% (Bradley) de todos os indivíduos que se submeteram à transfusões.

Em nosso meio, embora a impressão geral que se tenha possa ser errônea, não parece haver incidência tão elevada; contudo Mellone e col. investigando este assunto, em trabalho apresentado ao III Congresso de Hemoterapia reunido este ano em Recife, apresentaram 2 casos de hepatite por soro homólogo com um caso de morte, por necrose aguda do fígado. O que nos parece mais provável, para justificar a possível impressão da baixa incidência da moléstia, em nosso meio, é que tendo ela um período de incubação mais ou menos longo (40 a 180 dias), seu aparecimento não é relacionado a uma transfusão de sangue, plasma ou mesmo simples injeção recebida há 6 meses.

Nesta oportunidade, queremos chamar a atenção dos cirurgiões, no sentido de não interpretarem, o aparecimento de icterícia no post operatório tardio (de 1 a 6 meses), como complicação da afecção ou da intervenção cirúrgica (metástase, bridas, estenoses, etc.) antes de ser excuída a hepatite por soro homólogo.

Além do trabalho acima referido de Mellone e col., Souza Lima, no Rio de Janeiro em 174 respostas à cartas enviadas à indivíduos transfundidos, constatou 2 casos de icterícia, ou seja, 1,4%.

Não havendo um método de diagnóstico da moléstia, para quando o doador se apresenta à sangria, em fase de incubação, somente podemos lançar mão de medidas profiláticas, afim de afastar os prováveis portadores de vírus.

Estas medidas são as seguintes:

- 1.^a) rejeitar todos os doadores que nos últimos 6 meses tiveram:
 - a) icterícia ou hepatite (o vírus desaparece após 60-90 dias terminada a icterícia);
 - b) recebido sangue, plasma ou soro humano;
 - c) história de hospitalização (possibilidade da contaminação por seringas);
 - d) icterícia;
 - e) contato com portadores de hepatite.
- 2.^a) evitar mistura de plasma para a formação de "poolings";
- 3.^a) irradiação do plasma pelos raios ultra-violeta: diminui a porcentagem de contaminação, mas não é 100% eficaz;
- 4.^a) ainda está em fase experimental, o uso das gamas globulinas humanas a serem ministradas profilaticamente aos receptores; parecem ter de fato, efeito protetor.

RESUMO E CONCLUSÕES

1.^o) Embora a hepatite por soro homólogo pareça ter menor frequência em nosso meio que em outros países, é moléstia grave, transmissível pela transfusão de sangue, plas-

ma ou soro humano (0,01 cc. já é suficiente para sua transmissão), necessitando maiores investigações para a determinação de sua real incidência;

2.^o) Sendo seu período de incubação de 40 a 180 dias, não se deve atribuir o aparecimento de icterícia à afecção ou ao ato cirúrgico, sem que se tenha excluído a hepatite por soro homólogo;

3.^o) As medidas profiláticas, pela exclusão de doadores suspeitos e redução do número de doadores na constituição dos "poolings" de plasma, são as de maior valor prático a serem adotadas.

A segunda parte do relatório é assim abordada pelos A. A.:

Os primeiros alarmes relativos à transmissão da moléstia, pela transfusão, devemó-los a Emmanuel Dias — (1945). Em 1949, Pellegrino demonstrou reações sorológicas positivas para Chagas em doadores de sangue e, em 1952, J. L. Pedreira de Freitas, A. Biancalana, V. Amato Neto, V. Nussenzweig, R. Sonntag e J. G. Barreto, publicaram os dois primeiros casos de transmissão accidental da moléstia de Chagas ao homem, por transfusão de sangue.

Com a indicação cada vês mais frequente desta terapêutica, aumentam proporcionalmente as oportunidades para a transmissão da moléstia; deve-se, pois, lançar mão de todos os recursos disponíveis para a exclusão de doadores infectados, a fim de não só proteger-se o receptor, como também não se desprestigiar terapêutica tão eficaz, quando não heroica, como seja a transfusão de sangue e plasma.

A fase aguda, geralmente exuberante em sintomas e sinais, impede por si só, que o indivíduo se apresente como doador. Apenas na fase crônica isto é possível, pois, como já referimos, poderá ser quase muda.

O diagnóstico, portanto, deve ser feito especialmente nos casos silenciosos, mais difíceis de serem surpreendidos.

Segundo Freitas, 1947, são os seguintes os métodos de diagnose:

- 1) Xenodiagnóstico: (Brumpt, 1914) é o diagnóstico por meio da in-

fecção de hospedeiros intermediários. Utilizam-se para isso, os Triatomídeos ou os Cimicídeos, aqueles mais que estes;

- 2) Inoculação em animais de laboratório: sagui (*Callithrix* (*Hapale*) *Penicillata*), cão, cobaio, coelho, camondongo, rato, etc.;
- 3) Cultura;
- 4) Reação de fixação do complemento;
- 5) Outras reações imunológicas: R. de aglutinação e de precipitação;
- 6) Intra-dermo-reacção.

Tratando-se de reacções para doadores de Bancos de Sangue, o método deve ser o mais cómodo possível para o doador, o mais específico, o menos falho e o de mais rápida execução. A.R.F.C. enquadra todos esses requisitos e por isso tornou-se o novo método de escolha.

Foi ela realizada pela primeira vez por Guerreiro e Machado em 1913, recebendo por isso, o nome destes dois autores.

Freitas, examinando portadores da moléstia, achou 97,2% com reacções positivas e 2,6% negativas, demonstrando a alta especificidade da reacção. Os resultados contudo podem sofrer interferência da sífilis (dando reacção fracamente positiva) e da lepra (5,8% de resultados positivos entre 34 casos). Consideramos vantajosa a inutilização do sangue com G.M. positiva, mesmo quando esta positividade tenha corrido por conta da sífilis e da lepra.

Técnica. — Executamos as R.F.C. pelo método qualitativo de Kolmer, conforme está preconizado na tese de doutoramento de J. L. Pedreira de Freitas (1947).

Sendo as reacções de Wassermann e de Guerreiro e Machado idênticas quanto ao seu comportamento, foi ideada pelo Dr. Augusto de E. Tau-nay, uma simplificação que nos permite uma grande economia de tempo e de material, sendo possível, a execução de ambas em paralelo, até duas vezes por dia, o que nos garante a utilização obrigatória de

sangue negativado. Dispomos na estante apenas de um tubo para cada reacção, sendo o da esquerda para a R. de Guerreiro e Machado e o da direita para a R. de Wassermann.

A observação do comportamento da hemólise, constitui um controle recíproco bastante satisfatório, pois, nos casos positivos, suspeitos ou anticomplementares, são as reacções repetidas posteriormente, com diferentes diluições de antígeno, confirmando sempre os primeiros resultados.

Nossa orientação. — Não julgamos suficiente apenas a adoção de medidas profiláticas, com o fito de afastar possíveis doadores contaminados, mas, dada a especificidade da reacção de G. M., resolvemos adotá-la sistematicamente, para a exclusão daqueles doadores.

O simples armazenamento do sangue durante 10 dias a 4°C., como preconizou Faria, 1951, não nos parece satisfatório, em vista dos achados de Sullivan (1944) que comprovaram a sobrevivência do T. Cruzi por mais de 250 dias, no sangue citratado, conservado à temperatura ambiente.

A utilização rotineira de corantes tri-fenil-metânicos, — violeta de geniana — 1/4.000 por 24 horas ou um de seus componentes, — o cristal violeta —, como profiláticos, ainda está em estudos, embora pareça apresentar resultados promissores (V. Nussenzeig, R. Sonntag, A. Biancalana, J. L. Techeira de Freitas, V. Amatto Neto e J. Koetzel (1955); viria cobrir os 2,6% dos casos positivos, que não são revelados pela reacção de G. M. Este método apresenta a desvantagem de dar ao sangue uma coloração arroxeada, ficando também o plasma corado, apresentando um aspecto pouco natural, provocando certa repulsa.

Executamos rotineiramente as reacções de fixação de complemento em todas as amostras de sangue, colhidas em paralelo com as sangrias. São elas realizadas sempre que o doador se apresenta, mesmo quando doações pregressas tenham sido negativas. Nenhum doador escapa a esta rotina, e quando por motivo técnico a san-

Tratamento da HIPERTENSÃO ARTERIAL
e suas manifestações :

NOROFILLINA

(TEOFILINA-ETILENDIAMINA)

VIA ENDOVENOSA

VIA ORAL

Norofillina sem glicose :

empôlas de 10 cm³.

24 ctgs. de teofillina-etilendiamina por empôla.

Norofillina com glicose :

empôlas de 10 cm³.

3 empôlas de teofillina-etilendiamina 24 ctgs. cada.

3 empôlas de sôro glicosado hipertônico a 30%.

Norofillina comprimidos :

tubos com 20 comprimidos de 0,10 ctgs. de teofillina-etilendiamina.

A Norofillina pode ser usada só ou misturada com sôro glicosado.



LABORATÓRIO

TERÁPICA PAULISTA S/A.

RUA FERNÃO DIAS, 82 — SÃO PAULO

SEDATIVO E ANTIESPASMÓDICO

FREINOSPASMYL

DRAGEAS

ESPASMOS DIGESTIVOS, PALPITAÇÕES,
ANGUSTIA, NERVOSISMO.



FÓRMULA:

Fenilmetilmaloniluréia 0,03g.

Bromidrato de Quinina 0,06g.

Beladona: Folhas Pulverizadas .. 0,01g.

Excipiente q. s. p. 1 drágea

LABORATORIOS ENILA S. A. RUA RIACHUELO, 242 - C. POSTAL, 484 - RIO
FILIAL: — RUA MARQUEZ DE ITÚ, 202 — SÃO PAULO

gria é interrompida, sistematicamente é puncionada outra veia, para obtenção de sangue suficiente para os exames.

A esse rigôr não escapam nem mesmo os doadores profissionais por nós fichados. Estas medidas tornaram-se evidentemente úteis, quando, em fevereiro p.p., surpreendemos um doador profissional positivo, extranho ao nosso quadro, cujo soro nos serviu por alguns dias como testemunho positivo para a reação de G. M.

Iniciámos a realização sistemática da reação de G. M. no "Banco de Sangue de São Paulo" em 1.º de Fevereiro de 1952, graças ao Dr. Augusto de E. Taunay, que providenciou o antígeno indispensável.

Apresentam em seguida um quadro estatístico e assim concluem:

RESUMO E CONCLUSÕES

- 1.º) Sendo a moléstia de Chagas endêmica em nosso País e não havendo até o momento tratamento eficiente e sendo transmissível pela transfusão de sangue e plasma, impõe-se a execução sistemática da R.F.C. em todos os candidatos a doadores de sangue, quer sejam ou não suspeitos.
- 2.º) Todo doador positivo para a Moléstia de Chagas, deve ser rejeitado e caso já tenha sido sangrado, o sangue deve ser inutilizado;
- 3.º) Os AA. preconizam uma simplificação da técnica (qualitativa de Kolmer), apenas usando um tubo para a reação de Wassermann e outro para a R. de Guerreiro e Machado; a observação da hemólise é feita pelo controle recíproco, repetindo-se posteriormente os casos em dúvida;
- 4.º) Os AA. apresentam os resultados de 12.551 R.F.C., realizadas em doadores do Banco de Sangue de São Paulo (instituição particular), provindos na sua grande maioria da Capital, com 164

reações positivas (1,3%) e 762 R.F.C. realizadas em doadores do Hospital do Mandaqui (da Divisão do Serviço de Tuberculose do Estado de São Paulo) em que os doadores são provenientes na sua maioria de regiões rurais, com 15 reações positivas, ou sejam 2%.

Como as reações dos supracitados Bancos de Sangue foram executadas simultaneamente, é possível englobarem-se os resultados, obtendo-se assim, sobre 13.313 candidatos a doadores, 179 reações positivas, ou seja, 1,3%.

Comentou o trabalho o Dr. Rui Faria que depois de tecer considerações sobre o assunto conclue pedindo a Academia de Medicina de São Paulo que se dirija aos Bancos de Sangue solicitando a adoção sistemática da Reação de Guerreiro nos doadores de sangue.

Os Drs. Humberto Costa Ferreira e Vitorio Maspes discutiram o trabalho. O Dr. Ademar Albano Russi respondeu, em seguida, aos comentaristas.

O segundo trabalho da sessão foi relatado pelo Dr. Osvaldo Mellone que discorreu sobre "Aspectos imunológicos da transfusão do sangue". Lembra que as experiências clássicas em Imunologia permitiram estabelecer que, injeções repetidas de sangue de um animal em outro, fazem surgir no soro deste, anticorpos capazes de aglutinar e hemolisar os glóbulos vermelhos do primeiro. Valendo-se dessa técnica, Landsteiner e Wiener obtiveram um soro anti-Rhesus, injetando sangue do macaco Rhesus no coelho e na cobaia. — Esse soro anti-Rhesus ou anti-Th mostrou-se capaz de aglutinar hemácias humanas de 85 por cento dos indivíduos da raça branca, permitindo distingui-los em Rh positivos ou Rh negativos, segundo a presença ou ausência desse novo aglutinogênio no sangue. Trabalhos realizados logo a seguir, mostraram que a incidência desse fator independe dos sexos e dos grupos sanguíneos conhecidos, havendo somente variações nítidas segundo as raças preta e amarela, onde oscila entre 95 e 98 por cento.

**NAS AFECÇÕES CRÔNICAS E AGUDAS
DO FÍGADO, RESPECTIVAMENTE,
HEPATOXIDIN E NIACINAMIDA
PINHEIROS**

**NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO
DA ARTERIOSCLEROSE,
P. O. L.
(PRINCÍPIOS OXI-LIPOTRÓPICOS)
PINHEIROS**

Essa descoberta ganhou enorme interesse quando se verificou que os indivíduos Rh negativos podem produzir anticorpos contra o fator Rh, reproduzindo a resposta imunológica experimental obtida no coelho e na cobaia.

No homem, a introdução do fato pôde ser feita pela injeção de sangue Rh positivo, seja por via intramuscular, sub-cutânea ou por via intravenosa. Na mulher Rh negativa, além dessas vias, a introdução do antígeno se processa mais comumente através da circulação placentária quando gera um feto Rh positivo.

Depois de tecer comentários o autor chama a atenção para o perigo que representam as transfusões de sangue sem determinação do fator Rh na sensibilização das mulheres Rh negativas. Em sua série de 71 mães portadoras de anticorpos anti-Rh 28 (39,5%) relataram história transfusional sem determinação do referido fator. Após a realização das transfusões, essas 28 mulheres tiveram um número global de 56 gestações, assim discriminadas: 21 recém-nascidas com icterícia grave, submetidos a tratamento pela exsanguino-transfusão; com anemia, submetidos a transfusões de glóbulos; 2 natimortos prematuros; 3 natimortos icterícios; 3 natimortos hidróticos; 8 abortamentos; 7 recém-nascidos normais, Rh negativos. Houve apenas recém-nascidos normais, Rh positivos, na história obstétrica de uma gestante que havia recebido uma única transfusão de sangue Rh positivo antes das gestações. Nos dois primeiros grupos ocorreram 6 mortos e duas sobrevidas com sequelas neurológicas. E' relatado também, um caso de sequelas neurológicas graves no primeiro filho de mulher sensibilizada por transfusões de sangue sem determinação do fator Rh.

Após, o Dr. Humberto Costa Ferreira, comentar oficial do tema, acentuou alguns pontos expostos pelo Autor.

Discutiram o trabalho os Doutores Ademar Albano Russi e Vitorio Maspes. — O terceiro item da sessão foi: "Técnicas recentes para transfusão de plaquetas". Foi relator o Dr. Vitorio

Maspes que assim desenvolveu o assunto:

O aparecimento de novas drogas, proporcionou, nos últimos 3 anos, a possibilidade técnica da transfusão de plaquetas.

Essas drogas são as seguintes:

- 1) substâncias de revestimento que tornam o material utilizável de superfície molhável.

A mais importante delas é o Silicone (Drifilm), descoberto pelos químicos da G.E. Essa substância que é vendida em solução em ácido clorídrico, é diluída em Xilol, toluol, ou eter de petróleo, em proporções variadas, de acordo com a técnica empregada. Deve ser aplicada exclusivamente em material de vidro. Este é molhado na solução, e em seguida submetido ao vapor de água e em seguida mergulhado em água em ebulição pelo espaço de 15 minutos. Após esta operação são secados em estufa, polido com tecido de nilon. Esta operação deve ser repetida 3 vezes. O material assim obtido pode ser utilizado várias vezes.

A outra substância é o Arquad (Cloridrato de Dicoico dimetilammonia), produto de fabricação Armour. — Preconizado por Talis e Rochow, diluído em água (solução a 1%). Nesta solução ferve-se o material de metal durante 2 minutos, em seguida lava-se em água fria, seca-se e esteriliza-se em estufa e autoclave. Esta operação deve ser repetida cada vez que o material é utilizado, pois sabão ou detergentes removem o Arquad das superfícies de metal.

Os tubos plasticos substituíram as borrachas, uma vez que este material já possui propriedade hidrorrepelente.

- 2) anticoagulante: trata-se o Sequestrene-Na2 (Etilenodiamina Tetracetica disódica). Tem a propriedade de transformar o Calcio ionico em não ionico sem precipitá-lo. Este anticoagulante tem também a propriedade de preservar plaquetas.
- 3) agentes de superfície: Twin-80 e Triton-WR 1339. Empregado para evitar que durante a centrifugação



Thiaminose

VITAMINA B₁
VITAMINA C
SÔRO GLICOSADO

ESTADOS TOXI-INFECCIOSOS
ULCERAS GASTRO DUODENAI
AFECÇÕES HEPÁTICAS
HIPERTENSÃO ENDOCRANEANA

APRESENTAÇÃO:

Normal e Forte - Ampolas de 10 e 20 cm³

LABORATÓRIO CLIMAX S.A.

das suspensões de plaquetas, estas sofram aglutinação irreversível. Empregados em soluções a 2% na proporção de 1/10 de solução, para 9/10 da suspensão a ser centrifugada.

Usando este material, colhe-se o sangue e centrifuga-se a 1.00 ou 1.200 rpm durante 15-30 minutos. Em seguida decanta-se o plasma sobrenadante que contém a maioria das plaquetas do sangue, e por isso é chamado de Plasma rico em plaquetas. Este material já pode ser assim injetado nos pacientes. Modernamente, porém, tem-se a tendência a concentrar essa suspensão procurando injetar maior número de plaquetas em menor volume de líquido. Assim este material é centrifugado a baixa rotação (500-800 rpm) durante 1 ou 1½ horas ou

então a 2.000 rpm durante 30 minutos; porém neste caso tem-se que usar centrifuga refrigerada e adicionar ao plasma a solução de Twin-80 ou de Triton-WR 1339. O sedimento que é constituído pelas plaquetas, poderá ser resuspenso no mesmo plasma (em menor volume do mesmo), ou então em solução fisiológica, ou ainda, como preconiza Tullis em seus últimos trabalhos, em gelatina a 1 1/4%. Este último veículo tem a vantagem de quando colocado no refrigerador a 4°C gelificar-se, podendo preservar as plaquetas em geladeira durante 6 meses ou mesmo um ano, como afirma o autor. Os dois primeiros veículos, preservam as plaquetas, apenas, por alguns dias.

Fez o comentário o Dr. Marcelo Pio da Silva, tendo discutido o assunto o Dr. Rui Faria.

Outras Sociedades

Associação Paulista de Medicina, Departamento de Neuro-Psiquiatria, sessão de 5 de abril de 1954, ordem do dia: Simpósio sobre Neuro-Tuberculose: 1) "Evolução da terapêutica". Resultados. — Dr. Dante Giorgi; 2) "O liquor; seu valor como orientador na terapêutica e prognóstico" — Dr. João Baptista dos Reis; 3) Comentários.

—, Departamento de Proctologia, sessão de 6 de abril de 1954, ordem do dia: Dr. Waldemiro Nunes — *Linfomia benigno do reto*; 2) Dr. Oswaldo Arruda Behmer — *Peritonite por afecção inflamatória do colon*.

—, Departamento de Hematologia e Hemoterapia, sessão de 7 de abril de 1954, ordem do dia: 1) Dr. Marcello Pio da Silva — *Ação de alguns derivados da fenotiazina sobre a permeabilidade capilar*; 2) Drs. F. Ottensooser, Oswaldo Mellone e Antônio Branco Lefèvre — *Sequelas neurológicas em um caso de eritroblastose pelo fator Lewis*.

—, Departamento de Higiene e Medicina Tropical, sessão de 8 de 195, ordem do dia: 1) Dra. M. P.

Deane e Dr. L. M. Deane (convidados) — *Infeção natural de "Phlebotomus longipalpus" por leptomonas, provavelmente de "Leishmania donovani", em um foco de calazar no Ceará*; 2) Dr. L. M. Deane e Dra. M. P. Deane (convidados) — *Encontro de cães naturalmente infectados pela "Leishmanis donovani" no Ceará*; 3) Drs. R. Veronesi, F. J. Mello e Albuquerque, Gildo Del Negro e J. C. Macedo Soares Junior: *Blastomicrose retal primitiva. Revisão da literatura e apresentação de um caso*; 4) Drs. J. O. Coutinho, Vicente Amato Neto e Rubens Campos *Notas sobre o diagnóstico e incidência de cistos de protozoários entre escolares e pré-escolares numa área restrita de São Paulo*.

—, Departamento de Pediatria, sessão de 12 de abril de 1954, ordem do dia: 1) Drs. Virgílio Alves de Carvalho Pinto e Roberto Vilhena de Moraes — *Hérnia diafragmática na infância*; 2) Drs. Joaquim Leme da Fonseca, Raul Venturéli e Silvio Jordão — *Em torno de um caso de anemia falciforme*; 3) Drs. Primo Curti, Fauze Calil Adde e Virgílio

NA HIPERTENSÃO ARTERIAL

E SUAS
MANIFESTAÇÕES



RUTINASE

INJETÁVEL e COMPRIMIDOS

LABORATÓRIO PELOSI S. A.

PRODUTORES DE MEDICAMENTOS ÉTICOS DE EXCLUSIVA DIVULGAÇÃO MÉDICA

RUA CESARIO MOTA, 296-312 - FONES 4-7733 e 2-4117 - CAIXA POSTAL, 4798 - S. PAULO

RUTINASE

Marca Registrada

O importantíssimo valor terapêutico da **Carbaminocolina** foi resultado especialmente como o mais eficaz agente hipertensor conhecido.

Sua poderosa ação sobre o organismo humano, relacionada e comprovada por observações de autores absolutamente idôneos, descrita em publicações científicas, representam uma diminuta parte das muitas ensaia realizadas na Alemanha em período um pouco anterior à última guerra.

H. Kreitmair, H. Nöhl e W. Velten, demonstraram que a ação da **Carbaminocolina** supera grandemente a do acetilcolina, tida até então como o mais eficiente derivado da colina, utilizado de preferência contra os mais variados estados patológicos, capitulados sob a denominação sintomática de hipertensão.

Ação sobre a pressão sanguínea, peristaltismo e secreções das glândulas da condução gástro-intestinal. Aumento das contrações do útero gravídico e a secreção salivar.

Gowertz, Van Doren e Parsani, verificaram que baixa a pressão arterial, com a devida reserva para os casos em que existe alteração orgânica dos vasos capilares (v. valor terapêutico da **Rutinase**).

Eberhard Schulze e apologistas sistemáticos da **Carbaminocolina** no combate da retenção urinária, observada após os partos e nos pacientes submetidos a intervenções ginecológicas.

G. Stupperich confirma os bons resultados na quase totalidade das casos supra mencionados.

Quanto à **Rutinase**, Griffith, Lindauer, Couch e Shanno, demonstraram sua eficiência na fragilidade capilar, muito valiosa para prevenir seus graves acidentes.

As investigações realizadas por estes autores são numerosas e notórias e os efeitos benéficos obtidos, foram amplamente divulgados em publicações científicas, dando origem ao crescente emprego do medicamento.

A **Rutinase** não é acumulada no organismo e restabelece a normalidade da fragilidade capilar aumentada, sanando esta grave alteração orgânica.

Está provada a sua eficácia na hemorragia retiniana, que, como se sabe, é agravada pelo diabetes mellitus e moléstias da hipófise.

VALOR TERAPÊUTICO DA RUTINASE

Quando os vasos capilares perderem a facultade de se contraírem, o que representa uma grave alteração orgânica nos mesmos, a eficiência da **Carbaminocolina** poderá ser incerta, mas com a recente descoberta da ação terapêutica da **Rutinase**, que permite restabelecer a sua necessária elasticidade (em 85% das casos, foi conseguida restaurar a fragilidade capilar à normal), a associação das duas indicações é logicamente indispensável, visando uma finalidade terapêutica completa, o que representa um tratamento clínico simples para um estado patológico grave e muito frequente, que se manifesta pela alta pressão arterial acompanhada de fragilidade capilar anormal.

Griffith, Lindauer e Shanno, em uma estatística de 1.600 casos de hipertensão, notaram em 300 pacientes aumento da mencionada fragilidade capilar.

A enorme e persistente eficácia da **Carbaminocolina** é resultante de sua inalterabilidade relativamente grande no organismo (apenas ligeiramente atacada pelo suco gástrico). Esta propriedade justifica sua ação hipotensiva, mesmo administrada por via bucal (Doutrebat e Moréchal).

Quando houver necessidade de efeito hipotensivo mais intenso, será mais indicada a forma injetável (**"RUTINASE, injetável"**). A falta de pronta ação indicará alteração orgânica dos capilares; nesta caso, deverá ser ministrada maior quantidade da **Rutinase**, recorrendo também à via oral, utilizando em conjunto a **Rutinase injetável** e a **Rutinase comprimida**, podendo em casos menos graves substituir esta última pelos simples comprimidos de **Rutinase** (**Comprimidos de Rutina "Pelosi"**).

A fim de assegurar maior eficiência e rapidez no tratamento pela **Rutinase**, a administração do medicamento deve ser contínua e prolongada, ministrando também, ao mesmo tempo, adequadas doses de vitamina C, ou de várias, mesmo ainda, vitamina K.

RUTINASE Injetável

Dosagem por ampola :

Cloreto de Carbaminocolina puríssimo.....	0.00025
Rutina purif.	0.0040
Carbonato ac. de sódio	a. b.
Soluto fisiológico isotônico	q. b. 2 cms

Composição racional e original do Químico-Farmacêutico J. Pelosi, baseada em recentes estudos alemães e norte-americanos.

Acondicionamento :

Caixas de 10 e 100 ampôlas.

Propriedades terapêuticas :

Hipotensor. - Anti-espaasmódico arteriolar. - Excitante do para-simpático. - Depressor do simpático. - Ação antagônica da adrenalina.

Indicações :

Hipertensão arterial e suas manifestações (pela ação hipotensora de **Carbaminocolina**), mesmo nos casos em que os vasos capilares tenham perdido parte de sua facultade de se contraírem (pela ação, embora ténua, da **Rutina**).

Atonia dos aparelhos digestivo e urinário, principalmente na retenção urinária após as operações cirúrgicas e partos.

Dor de cabeça provocadas por espasmos vasculares.

Prevenção e tratamento dos acidentes vasculares, resultantes da alta pressão sanguínea, com ou sem fragilidade capilar.

Contra-indicações :

Constituem contra-indicações os pacientes portadores de miocardiopatia avançada, os de cardiopatia fortemente descompensada e aqueles casos em que se deve evitar uma queda brusca da pressão arterial.

Precauções especiais devem ser tomadas quando se tiver que empregar o medicamento em pacientes digitalizados, esméticos, sujeitos a choques, ou portadores da úlcera péptica avançada e angina pectoris.

Em qualquer tempo, a ação do medicamento pode ser suprimida mediante o emprego de uma injeção de atropina.

Dose :

Metade ou toda a conteúdo de uma ampola (1 e 2 cms) em injeções subcutâneas ou intramusculares; uma até três vezes ao dia, a critério do clínico.

As injeções são indolores e devem ser aplicadas longe das refeições.

Não deve ser utilizada a via endovenosa

RUTINASE Comprimidos

Dosagem por comprimido :

Cloreto de Carbaminocolina puriss.	0.002
Rutina purif.	0.020
Excipiente	q. b. p. 0.200

Composição racional e original do Químico-Farmacêutico J. Pelosi, baseada em recentes estudos alemães e norte-americanos.

Acondicionamento :

Vidros de 50 comprimidos.

Propriedades terapêuticas :

Hipotensor. - Anti-espaasmódico arteriolar. - Excitante do para-simpático. - Depressor do simpático. - Preventivo e curativo das hemorragias cerebrais e retinianas.

Indicações :

Hipertensão arterial, mesmo nos casos com alteração orgânica vascular.

Acidentes vasculares de hipertensão, **Atonia dos aparelhos digestivo e urinário**, **Dor de cabeça** provocadas por espasmos vasculares. **Fragilidade capilar** e suas consequências (**hemorragias diversas**, **apoplexias** senis).

Contra-indicações :

As mesmas da forma injetável

Dose :

Meio a dois comprimidos, ingeridos com um pouco de água; até 3 vezes ao dia, a critério do clínico.

Verginelli — *Cisto congênito do colédoco na criança.*

—, Departamento de Cancerologia, sessão de 13 de abril de 1954, ordem do dia: Simpósio sobre o tema: *Nomenclatura histológica em câncer*: Relatores Prof. Antonio Fialho (Disstituto Federal); Prof. Walter Maffei (São Paulo); Dr. Humberto Torloni (São Paulo).

—, Departamento de Dermatologia e Sifilografia, sessão de 15 de abril de 1954, ordem do Dia: Dr. Afonso Bianco — *Ação terapêutica da ne-crose colágena.*

—, Departamento de Patologia, sessão de 16 de abril de 1954, ordem do dia: Dr. Roberto A. Aun — *Simpatoblastoma addominal*; 2) Drs. Jandira Planet do Amaral, Nelson Planet, Augusto de E. Taunay, José Roberto Carneiro Novaes e Maria Brasil Esteves: *Brucelose humana no Estado de São Paulo* — Inquérito sorológico.

—, Departamento de Otorrinolaringologia, sessão de 19 de abril de 1954, ordem do dia: 1) Dr. Jorge Fairbanks Barbosa — *Estudo clínico do câncer da região amigdaliana*; 2) Dr. Jorge Barreto Prado — *Traqueotomia nas paralisias bulbares.*

—, Departamento de Medicina, sessão de 20 de abril de 1954, ordem do dia: Tema: — *Hepatite por virus*: 1) Dr. Plínio Martins Rodrigues — *Aspectos etiológicos*; 2) Dr. Thales de Brito — *Aspectos anatomo-patológicos*; 3) Dr. Ary Lopes de Almeida — *Aspectos clínicos*; 4) Dr. João Alves Meira — *Comentários gerais.*

—, Departamento de Tisiologia, sessão de 23 de abril de 1954, ordem do dia: 1) Dr. Mario de Mello Faro — *A streptokinase — strepto dornase no tratamento de empiema pleural tuberculoso*; 2) Dr. José Rosemberg — *Organização do Dispensário anti-tuberculose no Brasil.*

—, Departamento de Medicina do Trabalho, sessão conjunta com o Serviço Higiene e Segurança do Trabalho e com a Sociedade de Medicina Social e do Trabalho, em 26 de abril de 1954, ordem do dia: 1) D.

Waldomiro de Oliveira — *Aspectos do exame médico pré-admissional periódico dos trabalhadores de São Paulo*; 2) Dr. Humberto Pascale — *Contribuição ao serviço e emissão e revalidação de Certificados de Saúde no Interior*; 3) Dr. Arnaldo de Vasconcellos — *O exame médico na seleção profissional.*

—, Departamento de Ginecologia Obstétrica, sessão de 28 de abril de 1954, ordem do dia: 1) Dr. Costa Pinto (convidado) — *Condições atuais da radioterapia na Inglaterra*; 2) Dr. José Hamermesz — *Tratamento cirúrgico das infecções ginecológicas*; 3) Drs. Bernardo Léo Wajchenberg, Chafi Sawaia e Yvan Pimenta — *Contribuição para o estudo do fígado na toxemia da gravidez.*

—, Departamento de Anestesiologia, sessão de 28 de abril de 1954, ordem do dia: 1) Drs. Oswaldo Vital Brasil e Gil Soares Bairão — *Ação do Amplicitil sobre a musculatura lisa*; 2) Dr. Carlos Vita Lacerda — *Cosiderações sobre anestesia em diabéticos.*

Centro de Estudos dos Médicos da Divisão do Serviço de Tuberculose, sessão de 24 de abril de 1954, ordem do dia: Drs. Eduardo Etzel, A. O. Freitas, Emilio Martins, Bernardo Kaufmann, Oswaldo Marçal, Chafick Cury e José Eurico Abreu — *Resultados de 140 ressecções consecutivas num serviço de cirurgia.*

Centro de Estudos Franco da Rocha, sessão de 28 de abril de 1954, ordem do dia: 1) *Eleição da Comissão Julgadora para o Prêmio Fausto Guerner, de 1954*; 2) *Considerações em torno da Arte dos alienados e dos Artistas Modernos* — Dr. Paulo Fralctti.

Centro de Estudos de Oftalmologia, sessão de 6 de abril de 1954, ordem do dia: 1) *Comprometimento orbitario nas doenças gerais* — Dr. Durval Prado; 2) *Quistos e tumores da orbita* — Dr. Airtton Lambert.

—, sessão de 20 de abril de 1954, ordem do dia: *Doenças das regiões para-orbitarias* — Dr. Mauro C. Souza Dias.

Hospital Juqueri, sessão de 10 de abril de 1954, ordem do dia: 1) *Encefalopatia infantil. Tuberculose peritoneal*; 2) *Tumor cerebral. Edema cerebral*; 3) *Moléstia de chagas. Insuficiência cardíaca*; 4) *Hipertensão essencial. Insuficiência cardíaca*; 5) *Disenteria amebiana e bacilar. Exposição clínica a cargos dos Drs. Mário M. Pierotti, Gecei L. Szterling, Clineu da Costa Moraes, Wencslau Gardini e Diogo C. Garcia.*

—, sessão de 24 de abril de 1954, ordem do dia: 1) *Oligofrenia — Anemia secundária*; 2) *Arteriosclerose cerebral — Amolecimento cerebral*; 3) *Moléstia de Chagas — Insuficiência cardíaca*; 4) *Síndrome confusional — Bronco-pneumonia. Exposição clínica a cargos dos Drs. Aldo Miletto, M. Pierotti, Clineu C. Moraes.*

Instituto do Câncer, sessão de 8 de abril de 1954, ordem do dia: 1) *Carcinoma da mama com metástases — Dr. Georges Arié*; 2) *Metástases do carcinoma tipo células claras no humero — Dr. Alfredo Abrão*; 3) *Melanoma maligno do dedo — Dr. Alfredo Abrão.*

Manicômio Judiciário, sessão de 10 de abril de 1954, ordem do dia: 1) *Furto praticado por um neuroléptico — Dr. José Conceição Ferraz de Sales*; 2) *Homicídio qualificado praticado*

por um esquizofrênico paranoide — Dr. Tarciso Leonce Pinheiro Cintra.

—, Sessão de 30 de abril de 1954, ordem do dia: 1) *Ferimentos e homicídio praticados por mecanismo neuroléptico — Dr. Henrique Levy*; 2) *Síndrome esquizofrênica instalada após condenação por homicídio, lesões corporais e furto — Dr. Tarciso Leonce Pinheiro Cintra*; 3) *Homicídio no decurso da embriaguez patológica, por indivíduo portador de doença de Chagas — Dr. Mauricio Levy Junior.*

Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, sessão de 28 de abril de 1954, ordem do dia: 1) *Dr. Bartolomeu Bartolomei — Pé valgo espástico e Anomalias congênitas do esqueleto do pé*; 2) *Dr. Orlando Graner — Tenosinovite estenosante de Dr. Quervain*; 3) *Eleição da Diretoria da Regional de São Paulo, para o biênio 1954-1956.*

Sociedade Médica São Lucas, sessão de 5 de abril de 1954, ordem do dia: 1) *Sensibilização ao fator sanguíneo Kell, por transfusão de sangue; terceiro caso observado em nosso meio — Drs. F. Ottensooser e Ademir Albano Russi*; 2) *Relação entre a Proctologia e a clínica — Dr. Milton Cesar Ribeiro*; 3) *A incisão na cura cirúrgica da hérnia inguinal — Dr. Eurico Branco Ribeiro.*

IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos últimos números

Anais da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Vol. XXVII, n.º 1, junho de 1953. Arquitetura do Músculo Ciliar no Homem — O Marcondes Calasans.

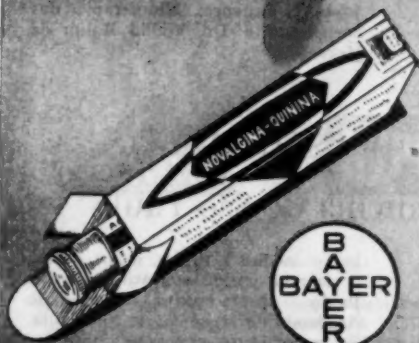
Arquivos de Biologia, Ano XXXVIII, n.º 316, janeiro-fevereiro de 1954. IV Centenário da Fundação da Cidade de São Paulo 1554-1954 — Prof. Ulysses Paranhos; Tratamento de verrugas pela metionina; Estudos sobre a colinesterase do soro sanguíneo. I Emprego da benzoil-

colina como substrato para a hidrólise e determinação da atividade enzimática. Resultados no soro de indivíduos normais — Roberto Pasqualin e Riva Moscovici; Hemaglutinina anti-N de origem vegetal — F. Ottensooser e K. Silberschmidt; Sinopse de fitoterapia.

Arquivos Médicos Municipais, Vol. V, n.º 4, dezembro de 1954. Granuloma anular — Drs. Aurelio Ancona Lopes e Alexandre Mello Filho; Tratamento da fratura do colo do fêmur

Resfriados gripe

NOVALGINA-QUININA



**Tratamento
abortivo,
causal e
sintomático**

Tubos com 10 drágeas de 0,25 g.

Drs. Abdias Ferreira e Silvio de Queiroz Ferreira; Prova Coprológica — Dr. Moacyr Padua Vilela; Noções gerais sobre psicostestes — Ilka Maia.

Arquivos de Neuro-Psiquiatria, Vol. 12, n.º 1, março de 1954. Alternations histologiques cérébrales seniles — Dr. Ferdinand Morel (Geneve, Suisse); O doente mental e sua família. Dificuldades no curso da assistência ao doente mental — Prof. Nelson Pires; El diencefaloshock en la encefalopatía infantil y en las oligofrenias — Dr. Diego Brage (Buenos Aires, Argentina); Contribuição à patogenia e terapêutica do acidente vascular cerebral. — Prof. G. Schimert (München, Alemanha); Síndrome de Hunter-Hurrier — Drs. Antonio B. Lefèvre, Oswaldo R. de Souza e Silva, J. Costa Marques e Lygia Bastos Aguiar.

Folia Clínica et Biologica, Vol. 19, ns. 1/3, janeiro-março de 1953. Primeira Reunião Brasileira de anatomia — R. Locchi.

Maternidade e Infância (Arquivos, médico-sociais), Vol. XII, n.º 2, abril-junho de 1953. Aspectos neurológico do trauma obstétrico — Antonio Lefèvre; Cardiopatias adquiridas e congênitas do recém-nascido — Manoel Saldiva Neto. Tétano neo-natal — Alvaro Baia; Doenças do umbigo — Joaquim da Costa Marques; Traumatismos dos Recém-nascidos — Lauro Barros de Abreu.

Pediatria Prática, Vol. XXV, n.º 3, março de 1954. Estudo do sedimento urinário nas nefropatias — Oswaldo

Riedel de Souza e Silva, Fernando Gayotto, Nuno de Paiva Braga, Ddo. Oswaldo Cruz; Alguns aspectos da nutrição nas moléstias infecciosas agudas na criança — Silvio Larocca de Paiva.

Resenha Clínico-Científica, Ano XXIII, n.º 3, março de 1954. Cesare Decno — Atualidades sobre o tratamento médico da eclampsia; Mario Yahn — Neurose na infância (Estudo sobre 31 casos); Jack Lapidès — Tratamento do câncer da próstata; Alvis Berengo e Enrico Bussinello — Sobre um caso de leptomeningite com hemocultura positiva para "Neisseria intracellularis" e sorosaglutinação nitidamente positiva para "Leptospira pomonae"; A rinofaringe; Pneumopatias por vírus; A dieta na úlcera péptica (Francisco Alves dos Reis).

Revista Paulista de Medicina, Vol. 44, n.º 3, março de 1954. Vantagens das vias de acesso posterior para o bloqueio anestésico do gânglio estrelado — Drs. L. E. Puech Leão, J. Bueno Neto e J. Rodrigues Louzã; A hipertensão maligna consequente à toxemia gravídica. Sua evolução após tratamento cirúrgico — Drs. L. E. Puech Leão e J. Bueno Neto; Pneumotórax espontâneo. Complicações e tratamento — Dr. Paulo de Vilhena Moraes; Ginecomastia; resultados operatórios — Drs. Victor Spina e Joaquim Loureiro; Osteossíntese com prótese de osso cortical — Dr. José C. Florence; Fisioterapia dos aneurismas — Dr. Waldo Rolim de Moraes.

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Academia de Medicina de São Paulo

Promoção de Sociedade à Academia. — Por deliberação da grande maioria da Assembléia Geral da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo realizada no dia 7 de abril do corrente ano, que é constituída por 120 membros-titulares e emeritos, que alijam através de concurso de tra-

balho inédito e títulos, acaba de ser a veterana entidade científica de São Paulo — promovida à categoria de Academia de Medicina de São Paulo. Foi uma decisão acertada e que de-verá ter ocorrido as diretorias passadas, poisque de acordo com os estatutos dessa Sociedade, ela é uma au-

AMPÓLAS prontas para injeção imediata

ACECOLINE

4 DOSAGENS : 0,02 g. 0,05 g. 0,10 g. 0,20 g.

ACECOLINE PAPAVERINA

2 DOSAGENS

Cloreto de Acetilcolina . . .	<u>0,10 g.</u>		Cloreto de Acetilcolina	<u>0,20 g.</u>
Fenilglicolato de Papaverina	0,05 g.		Fenilglicolato de Papaverina	0,05 g.

- **HIPERTENSÃO** •
- **ANGIOESPASMOS CEREBRAIS** •
- **ESPASMOS VASCULARES NAS**
TROMBOSES E EMBOLIAS •
- **ARTERITES** •

HYPOTAN



HYPOTAN PAPAVERINA

DRÁGEAS

Fabricado no Brasil com licença especial dos Lab. Lematte e Boillot, Paris, França
pelos LABORATORIOS ENILA S. A. - Rua Riachuelo, 242 - C. P. 484 - Rio
FILIAIS: RUA MARQUES DE ITÚ, 202 - SÃO PAULO RUA GUARANI, 135 - BELO HORIZONTE
AV. INDEPENDÊNCIA, 514 - PORTO ALEGRE
AGÊNCIAS E DEPOSITOS EM TODOS OS ESTADOS

tência academia, em moldes bem diferentes das demais associações médicas da Capital, cujo número de socios é ilimitado e está tão somente na vontade do médico ser socio desta ou daquela. Pelos estatutos da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo se dá precisamente, o contrário: as vagas quando ocorrem, são disputadas, como se disse atrás, mediante concurso, devendo o candidato apresentar trabalho inédito e títulos. Os trabalhos são julgados por uma comissão de titulares e o parecer submetido à aprovação da Assembléia. A posse do novo titular é de caráter solene. Como se vê, é um regime acadêmico, onde há seleção de valores científicos. Daí, a estranheza como alguns membros titulares, durante a Assembléia, discursaram combatendo a transformação que era uma justa promoção da benemérita entidade que, dentro de três anos, festejará a passagem de seu 60.º ano de fundação e lembrará os vultos

da nossa medicina do passado que a fundaram: Carlos Botelho, Sergio Meira, Pereira Barreto, Oliveira Fausto, Vieira de Carvalho, Rubião Meira, Camargo, Luiz do Rego, Alves Lima, Valladão e Diogo de Faria.

A assembléia, porém, votou acertadamente pela promoção da Sociedade à Academia, dando ao dr. Eurico Branco Ribeiro, a primeira vitória de sua presidência, que mal desponha e que augura grandes realizações.

O certo é que a veterana sociedade, agora academia, vai passar por uma fase de grande interesse no seio da nossa classe médica, porquanto a maioria almejará, como coroamento de sua vida profissional, ingresso no seio de tão ilustre sodalicio científico. Teremos, daqui por diante, na disputa das vagas em concurso, verdadeiras competições médicas. Isto, não se diga o contrario, vai dar nova vida, maior prestígio à Sociedade de Medicina e Cirurgia, agora Academia de Medicina de São Paulo.

Colégio Internacional de Cirurgiões

Instalação da Regional do Vale do Paraíba. — Realizou-se, dia 3 de abril do corrente ano, no Country Clube de Taubaté, a instalação solene da Regional do Vale do Paraíba.

Usou da palavra o Dr. Eurico Branco Ribeiro, que expôs as finalidades do C. I. S., dando a seguir a presidência dos trabalhos ao Dr. Felix Guisard Filho. O secretário da Seção Brasileira, procedeu a chamada dos novos membros e leu o juramento que foi pelos mesmos repetido. Passou-se a seguir a distribuição dos diplomas que se realizou debaixo de grandes aplausos da assistência presente, que lotava as dependências do salão do Country Clube de Taubaté. Fez uso da palavra o Dr. Paulo Braga Magalhães,

que felicitou os novos Membros do C. I. S. e a diretoria da Nova Regional do Vale do Paraíba, em nome da diretoria da Seção Brasileira do C. I. S. Falou a seguir o patrono da Regional, o Dr. Gama Rodrigues que em apreciada conferência, traçou passagens históricas do Vale do Paraíba e delineou planos para reivindicações a serem feitas pela diretoria da Regional, quanto aos poderes competentes, em benefício da Região. Usou da palavra a seguir o Dr. Ortiz Monteiro Patto, que agradeceu em nome da diretoria da Regional a presença do patrono, autoridades e representantes do C. I. S. e demais pessoas presentes. Encerrou a sessão o prefeito de Taubaté que proferiu rápidas palavras.

**PHILERGON — Fortifica de fato
UMA COLHERADA ÀS REFEIÇÕES**

A experiência desvendou a sinergia funcional do grupo vitamínico β .
Reunir seus elementos racionalmente é forjar arma segura contra os estados carenciais deste complexo.



Sociedade de Oftalmologia de São Paulo

Eleição da nova diretoria. — Realizou-se, dia 19 de abril do corrente ano, na sede da Associação Paulista de Medicina, uma sessão extraordinária da Sociedade Paulista de Oftalmologia, com o fim especial de se proceder à eleição da nova diretoria, para o ano social de 1954-55, e disputa do Prêmio "Sociedade de Oftalmologia de São Paulo", por parte de médicos recém-formados deste e de outros Estados.

A sessão foi presidida pelo dr. J. Lech Junior, secretariada pelo dr. Armando Novais, com a presença de grande número de médicos oftalmologistas desta Capital e do interior do Estado.

Procedida a eleição da nova diretoria, o resultado foi o seguinte: Presidente, dr. José Pereira Gomes; vice, dr. Rubens Belfort de Mattos; secretário geral, dr. Sylvio de Almeida Toledo; 1.º secretário, dr. B. Borges Vieira.

Antes do encerramento da sessão, o prof. Cyro de Rezende fez o necrológio do prof. Lineu Silva, catedrático da Faculdade de Ciências Médicas e recentemente falecido no Rio de Janeiro, tendo solicitado fosse lançado em ata um voto de profundo pesar.

Disputa do prêmio "Sociedade de Oftalmologia de São Paulo" de 1954.

— Na mesma sessão, foi, em seguida, como anualmente é feito, disputado o prêmio que essa Sociedade confere aos médicos recém-diplomados de São Paulo e de outros Estados, que apresentem um nível cultural e científico mais apurado. A banca examinadora ficou constituída do prof. Cyro de Rezende, catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e prof. Moacyr E. Alvaro, catedrático da Escola Paulista de Medicina.

O candidato inscrito, dr. Celso Antonio de Carvalho, formado pela Faculdade de Medicina de São Paulo, realizou, em plenário, uma brilhante prova, dissertando sobre o tema sorteado com muita segurança e erudição, tendo obtido aprovação com a nota máxima, conferida unanimemente pelos membros da banca examinadora.

Usou, então, da palavra, o dr. J. Penido Burnier, diretor e fundador do renomado Instituto Penido Burnier de Campinas o dr. Celso Antonio de Carvalho pelo brilhantismo da prova realizada, pondo em destaque os méritos culturais do jovem candidato.

No encerramento da sessão, o dr. Celso Antonio de Carvalho foi cumprimentado cordialmente por todos os presentes.

Homenagem

Dr. Cassio Villça. — Promovida pelas figuras mais destacadas da classe médica paulista — realizou-se no dia 2 de abril do corrente ano, na Associação Paulista de Medicina, uma sessão solene em homenagem à memória do saudoso radiologista Cassio Villça, vitimado há dois anos, pela ação traiçoeira das emanções dos Raios X. Bem merecida esta homenagem ao ilustre médico que, cei-

fado no apogeu da sua carreira, à medicina dedicou toda a sua existência. Natural de São Roque, onde nasceu a 26 de outubro de 1922 pela nossa Faculdade de Medicina.

Durante longos anos, até o fim de sua vida, exerceu os elevados cargos de: Chefe de Radiologia da 2.ª e 3.ª Enfermaria de Cirurgia de Homens da Santa Casa de São Paulo (Serviços dos Profs. Benedito

Montenegro e Alípio Corrêa Neto); radiologista-chefe do Hospital Santa Catarina; radiologista-chefe da Escola Paulista de Medicina; e radiologista-chefe do Hospital São Luiz Gonzaga (Jacañã). Foi o pioneiro da Radiologia do tubo digestivo no nosso meio. Ensinou Radiologia Clínica à grande número de médicos, muitos dos quais são hoje radiologistas de re-

nome no país. Escreveu inúmeros trabalhos versando sobre a especialidade. Exerceu a medicina de 1922 a 1952, quando veio a falecer de leucemia, mal contraído no exercício da sua vida profissional.

Nessa solenidade falaram os representantes das nossas sociedades científicas.

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo

Homenagem. — Realizou-se no dia 20 de fevereiro do corrente ano, uma sessão solene da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, a fim de prestar significativa homenagem aos seus membros que conquistaram a livre-docência na Faculdade de Medicina de São Paulo. Por ocasião o Dr. Eurico Branco Ribeiro, em nome dessa Sociedade, saudando os homenageados, pronunciou a seguinte oração:

E' tarefa sumamente agradável transmitir a saudação de amigos à pessoas amigos. O desempenho da incumbência não se resume numa sequência de frases protocolares, mas inclui, também, o sentimento pessoal da alegria de dizer uma mensagem que brota do próprio íntimo.

E' o que está acontecendo neste momento. Tendo aceitado com satisfação o encargo de falar em nome da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo nesta homenagem que se está prestando aos seus preados membros que tão brilhantemente conquistaram a livre-docência na Faculdade de Medicina de São Paulo, — é com o meu próprio sentir que vou me dirigir aos homenageados!

Srs. Drs. Mário Ramos de Oliveira, Plínio Bove, Otávio Martins de Toledo e Luís Edgard Puech Leão!

E' com prazer que vos vemos subir o primeiro degrau da cátedra. D'ali, por direito de legítima conquista, já podereis alçar a vossa voz com mais autoridade e ressonância,

transmitindo àqueles que ansiam por conhecimentos os cabedais que vindeste acumulando com o estudo e a experiência. Os pendores que demonstrastes para o ensino terão sem dúvida um amplo campo para o seu desenvolvimento, já que sois, todos vós, dedicados ao trabalho, amantes do estudo, dispostos a ministrar ensinamentos.

Afeitos à observação dos homens e às pesquisas semiológicas, não vos limitastes ao exercício da clínica, onde o sucesso vos está a sorrir, e enfrentastes com galhardia as provas de um concurso e as exigências nem sempre justificáveis das bancas examinadoras. Numa época de facilidades para a conquista de postos por meios de manobras de bastidores e da solicitação de favores, a atitude que tomastes é um testemunho seguro da disposição que vos anima de percorrer o caminho da cátedra sem vacilações nem negligências, mas com dedicação e constância.

E' isso o que de vós espera a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. E, como corolário, está ela certa de que os progressos dos vossos conhecimentos, as conclusões da vossa experimentação, os resultados dos vossos labores clínicos sejam trazidos até este plenário, para que o brilho da vossa palavra engrandeça sempre mais o arquivo das suas tradições.

Recebei, senhores docentes, as homenagens da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo!

CONGRESSOS MÉDICOS

I Congresso Brasileiro e II Latino-Americano
de Anestesiologia

Sua realização em São Paulo. — Realizar-se-á de 12 a 18 de setembro do corrente anp. o I Congresso Brasileiro e II Latino-Americano de Anestesiologia. No intuito de melhor divulgação, a Comissão Executiva volta a prestar novas informações relativas do desenvolvimento do conclave.

TEMAS OFICIAIS

Hibernação Artificial

RELATOR: *Dr. Gil Soares Bairão*, São Paulo, Brasil.

Anestesia em Cirurgia Cardio Vascular

RELADORES: a) *Parte geral: Dr. Horacio Antonio Cabo*, Buenos Aires, Argentina; b) *Parte especial: Dr. Alberto Gonzalez Varela*, Buenos Aires, Argentina.

SEMINÁRIOS

Ganglioplegia:

Mod. *Dr. Flavio K. Pires*, Porto Alegre, Brasil — 1) *Dr. Kentaro Takaka*, São Paulo, Brasil — 2) *Dr. José Lucas de Araujo*, Rio de Janeiro, Brasil — 3) *Dr. Roberto Owen Elder*, Buenos Aires, Argentina — 4) *Dr. Fausto Molina*, Buenos Aires, Argentina.

Anestesia em Pediatria:

Mod. *Dr. José Bastos Lima*, Recife, Brasil — 1) *Dr. Oscar Ribeiro*, Rio de Janeiro, Brasil — 2) *Dr. Francisco Nesi*, Buenos Aires, Argentina — 3) *Dr. Roberto J. Lucca*, Caracas, Venezuela — 4) *Dr. Juan Marin*, Bogotá, Colombia.

Problemas de Respiração em Circuito Fechado:

Mod. *Dr. Renato Ribeiro*, Rio de Janeiro, Brasil — 1) *Dr. J. J. Cabral*

de Almeida, Rio de Janeiro, Brasil — Brasil — 3) *Dr. Alfredo Pernin*, Montevideo, Uruguai — 4) *Dr. Juan Nesi*, Buenos Aires, Argentina.

Anestesia em Pequena Cirurgia:

Mod. *Dr. Caio Pinheiro*, São Paulo, Brasil — 1) *Dr. José Affonso Zugliani*, Rio de Janeiro, Brasil — 2) *Dr. Milton Luz*, Salvador, Brasil — 3) *Inscrição aberta* — 4) *Inscrição aberta*.

TEMAS LIVRES

Devido ao elevado número de inscrições já recebidas, os temas livres (assuntos de livre escolha) serão divulgados apenas pelo programa oficial.

CONFERÊNCIAS

Dentre os conferencistas convidados para o Congresso, constam os Drs. *Laborit e Huguenard*, de Paris França e *Vincent Collins*, de New York, U. S. A.

As inscrições de trabalhos estarão abertas na Secretaria do Congresso até 15 de Julho de 1954 e devem ser acompanhadas de um resumo do trabalho.

A inscrição de congressistas poderá ser feita até a data de abertura do Congresso, mediante o pagamento de uma taxa de Cr\$ 500,00 (quinhentos cruzeiros), moeda brasileira, e dará direito a participar dos debates e receber os Anais a serem publicados posteriormente.

A parte social do Congresso coincidirá com os festejos comemorativos do IV Centenário da Fundação da Cidade de São Paulo, estando a comissão especializada desenvolvendo uma grande atividade no sentido de aprimorá-la.



FISSAN

LABORATÓRIO FISSAN

A. S. CORRÊA & CIA. LTDA.

FIRMA FUNDADA EM 1927

*Especialidades Farmacêuticas submetidas a rigorosos testes
de pureza - correspondem ao mais exato critério científico
e exibem a sua alta qualidade:*

AKTIVANAD ADULTO,
INJ. E INFANTIL PHOTODYN; GLYPUR;
B¹²-VITRAT; QUEMODYN; APETECIN; OXYUCID;
OMNIVAL; FRUCTAMIN; FERRIPUR; QUININ-
VITRAT; BE-VITRAT; DIA-BE-VITRAT; TUSSAN;
DEXTRO-VITRAT; DEXTRODYN; METIONORM;
DIETASAL; KATIOSAL; KATIONORM;
CISTAMEBIN; QUADRONAL; SPLENOTRAT
TALCO FISSAN; PASTA FISSAN; LINIMENTO
FISSAN; HEPANOVIN e HEPATRAT (AS-FERRO-NEO);
SULFAS COMPRS. VITAMINAS; GLYCOSE SORO,
CALCÍO INJ.

AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DOS SENHORES MÉDICOS - Cx. Postal 2.026 - SÃO PAULO

ASSUNTOS DE ATUALIDADE

Novo antibiótico

Eficiência e segurança constatadas por médicos. — Um relatório publicado recentemente sobre os primeiros ensaios clínicos efetuados com o novo antibiótico de amplo espectro, tetraciclina, mostra que a mesma é efetiva contra várias doenças e bem tolerada pelos pacientes. A nova droga foi denominada Tetracina pelos cientistas da Chas. Pfizer & Co. Inc., os quais a descobriram ao identificar a estrutura química da Terramicina.

Baseando-se em experiências realizadas com 179 pacientes, na maioria sofrendo infecções das vias respiratórias e urinárias, o Dr. IMaxwel Finland e um grupo de médicos de Boston assim concluem o seu relatório publicado no "Journal of the American Medical Association": "A atividade antibacteriana da tetraciclina assemelha-se bastante e sob muitos aspectos é quase idêntica a da oxite-traciclina (Terramicina) e clortetraciclina (Aureomicina)".

Além dos comentários que oferecem sobre a eficácia da nova droga, os

mesmos pesquisadores observam em seu trabalho que o referido antibiótico, segundo parece, produz uma incidência baixa de sintomas gastro-intestinais. E acrescentam que "estes resultados dão a impressão de que seriam justificáveis ensaios clínicos adicionais com a tetraciclina".

Segundo declara a divisão de pesquisa clínica da Pfizer, estão-se realizando trabalhos intensivos experimentais com a Tetracina no Europa, no Oriente e no Hemisfério Ocidental a fim de determinar a eficácia do antibiótico numa grande variedade de doenças. Estudos preliminares já demonstraram sua utilidade em enfermidades tais como peritonite, pneumonia e infecções das vias urinárias.

A Tetracina foi quimicamente descrita pela primeira vez num relatório científico publicado em outubro de 1952. Nesta ocasião revelou-se que a sua estrutura é constituída por um "esqueleto" químico básico comum tanto a Terramicina como a Aureomicina.

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

Heridas de bala de la médula espinal. — Dr. Julio Cesar Primario. Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Montevideo, em 1952, mereceu da Comissão Julgadora, aprovação plena com a nota de "SOBRESALIENTE". Apresenta minucioso estudo sobre o assunto abordado com casuística pessoal e extensa bibliografia.

Primeiros ensaios de radioterapia microlocalizada da hipófise e do hipotálamo. — Prof. Dr. Carlos dos Santos (da Faculdade de Medicina

de Lisboa). Lisboa, 1953. Descreve o Autor, nesse trabalho, um método de irradiação que permite atingir delimitadamente a hipófise ou somente uma determinada parte do hipotálamo. Indica e responde as objeções que possam ser feitas sob o ponto de vista geométrico, físico, anatómico, biológico, etc. Aplicou já o seu método em 65 casos tendo verificado resultados persistentes em 42% deles. Fotografias e figuras com legendas permitem compreender o método por ele engendrado.

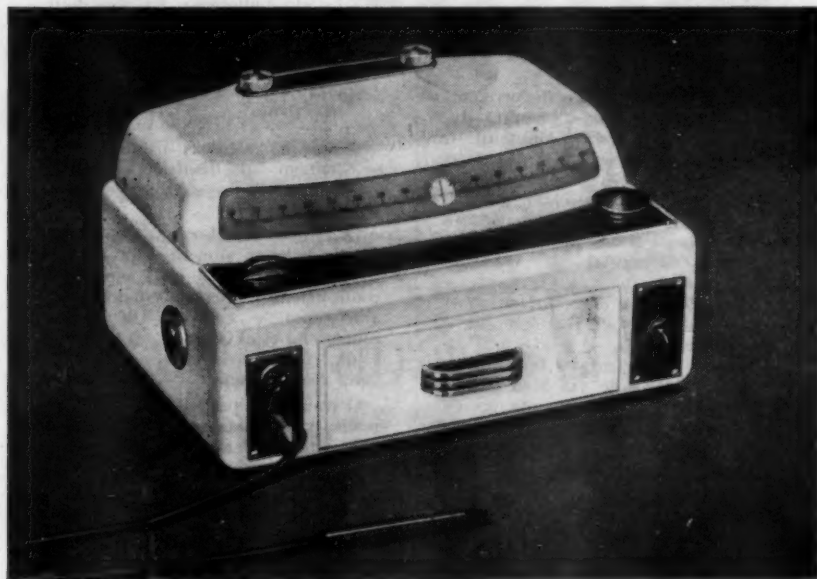
Termômetro de precisão universal elétrico

DO LABORATÓRIO

"ELEKTROLABORATORIET" de Copenhagen

Para a temperatura da pele, dos músculos, dos canais semi-circulares
do Ouvido, Nariz, Esôfago, Estômago, Uretra e Reto — *Órgãos internos* :

Para medição do Coração, Fígado, Cérebro e Vesícula.



Nas especialidades Vasculares e Neuro-Cirúrgicas



Agentes exclusivos para o Brasil

IMPORTADORA CHIORBOLI CIRURGICA LTDA.

Rua Senador Paulo Egidio, 34 — 3.º and., s/36/37 — Fone 32-3238

SÃO PAULO, BRASIL



Agentes em todos os Estados

Anais do IV Congresso Médico do Estado do Rio de Janeiro. — Associação Médica Fluminense — Editou, 1954.

Completa e detalhada exposição de todos os atos e fatos relacionados com a realização do IV Congresso Médico do Rio de Janeiro sob o patrocínio da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Niterói e com a colaboração da Sociedade Fluminense de Medicina e Cirurgia de Campos; da Sociedade de Ciências Médicas de Teresópolis e da Sociedade Médica de Petrópolis, apresenta esse volume, com cerca de 350 páginas, todos os trabalhos apresentados, quer sobre os temas oficiais como sobre os temas livres.

Sobre os temas oficiais discorreram: o Dr. Mario Pardal "Cirurgia das artérias"; Dr. Mario Monteiro — "Cirurgia das Veias"; Dr. Ewerton Paes da Cunha — "Alimentação dos trabalhadores"; Dr. Nelson Etienne Douat — "Tuberculose e hidrasida" e o Dr. Luiz de Brito Amorim — "Organização Municipal de Saúde e Assistência".

Mais 39 temas livres foram abordados, todos eles de real interesse e atualidade.

Manual de Cirurgia Infantil. — Varsovia 1953. Prof. Dr. Med. Alojzy Maciejewski — A monografia possui 88 páginas e é dividida em seis capítulos cada um dos quais escrito por um Autor, constituindo o livro como

que uma coletânea de conferencias. Os Capítulos são os seguintes:

- 1.º) Revisão dos arquivos de cirurgia infantil até ao momento, e, seu desenvolvimento, no plano de seis anos.
- 2.º) Fisiopatologia da obstrução mecânica aguda no trato alimentar, na criança.
- 3.º) Anatomia, sintomatologia e revisão clínica da obstrução mecânica aguda do trato alimentar, na criança.
- 4.º) Estudo radiológico da obstrução aguda no trato alimentar, na criança.
- 5.º) Tratamento da obstrução mecânica aguda do trato alimentar, na criança.

Depois há algumas páginas onde se reúnem as discussões havidas, entre os presentes, sobre os diversos temas expostos.

O estudo da obstrução mecânica aguda do trato alimentar na criança é feito a base dos mais modernos conhecimentos, sendo citados AA. americanos e europeus de maior renome na especialidade e AA. russos e da Europa oriental por nos até aqui desconhecidos.

O trabalho é pratico e de utilidade maior para estudantes e médicos que não estejam familiarizados com a especialidade. — A. C.

Separatas e fôlhetos recebidos

Ab imo. — Alberto Saavedra. Alocação proferida no salão sobre da Faculdade de Pôrto, em 1.º de dezembro de 1926. Pôrto — Portugal.

Cadeiras obstétricas de Portugal e Espanha. — Costa-Sacadura & A. Saavedra. Imprensa Médica (Lisboa), ano VIII, ns. 17, de 10/9, pp. 260-270, e 18 de 25/IX/42, pp. 282-285. Lisboa 1948.

Acêrca de alguns trabalhos do Dr. Alberto Saavedra. — As perturbações mentais no tifo exantemático (notas

colhidas na epidemia do Pôrto), in Portugal Médico (Pôrto), Vol. IV, n.º 4, Abril de 1918, pp. 213-229. (De colaboração com o Dr. A. Veloso de Pinho. Pôrto, 1943.

A bacia da mulher portuguesa. — (Subsidios para o seu estudo) — Alberto Saavedra. Anais da Faculdade de Ciências do Pôrto, Extrato do tomo XVII. Pôrto, 1932.

Guerra ou Paz? — Prof. Dr. Carlos Santos. Palestra proferida na VII Conferência do Distrito Rotário N.º



DIVERMIL

COMBATE TODAS AS VERMINOSES, SEM PERIGO

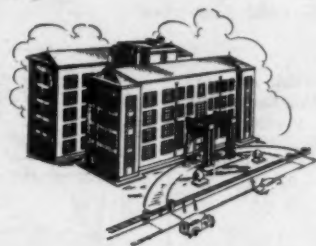
QUENOPÓDIO ATÓXICO
POR ADSORÇÃO

ADULTOS: 12 CAPSULAS
CRIANÇAS: 1 CAPSULA
PARA CADA ANO DE IDADE

LABORATÓRIO GROSS - RIO DE JANEIRO

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Instituição para o Progresso da Cirurgia



RUA PIRAPITINGUI, 114 — TELEFONE: 36-8181

*Peça informações sobre o "Estágio de aperfeiçoamento"
mantido pelo Sanatório São Lucas*

65, realizada na Curia, em Maio de 1953. Edição do Rotary Clube de Lisboa.

Inserção viciosa da placenta (Diagnóstico e terapêutica) — Alberto Saavedra. Conferência realizada no Hospital Geral de Santo António em 4 de julho de 1929. Pôrto, 1931.

Maestro Autentico. — En el Quinto Aniversário de la Muerta de Clemente Alvarez. — Doctor Juan Nasio, Miembro de la Real Academia de Medicina de Barcelona. Buenos Aires, Año de 1954.

Suites D'une Môle Hidatiforme. — Alberto Saavedra, Prof. Adjoint a la Faculté de Médecine de Pôrto, Directeur du Dispensaires Magalhães Lemos. Pôrto 1933.


Surgical Removal of Foreign Bodies with the Aid os Stereoscopic Fluorosc copy, Report of a case involving needle in pericardial cavity — Carlos Santos, Professor Agrégé of Radiology on the Medical Faculty of the University of Lisbon, Portugal. Postgraduate Medicine — Reprinted from Vol. 13, n.º 2, February, 1953.

Vantagens e males da especialização. — Prof. Dr. Carlos Santos. Palestra realizada em Coimbra no dia 3 de maio de 1953, em sessão do Rotary Clube da Figueira da Foz promoveu naquela cidade e repetida, no Rotary Clube de Lisboa, em 12 do mesmo mês.

Rutura uterina em grávida a termo cesareada. — Dr. Saldanha Faria. Separata dos Anais do I Congresso Nacional do Capitulo Brasileiro do Colégio Internacional de Cirurgiões, realizado em São Paulo de 26 a 30 de setembro de 1951.

Não procure matar a fome com café e bebidas alcoólicas, mas com substâncias nutritivas e variadas. —
SNES.

**Maior
SENSIBILIDADE
para mãos que salvam**



**Luvas cirúrgicas
MUCAMBO**

- ★ Tato perfeito para o toque cirúrgico
- ★ Maior elasticidade
- ★ Resistem a muitas esterilizações



Exija no punho a
marca de garantia



Produzida por Artefactos de Borracha Mucambo Ltda., com sede à Rua Miguel Calmon, 12 - Salvador - Bahia

Representantes:

A. Martins Garrido

Rio: R. Sen. Dantas, 76 - s/207 - Tel. 22-0626

Lucien Oppenheim

S. Paulo: R. S. Bento, 309 - s/17 - Tel. 32-1674

A venda nas farmácias e casas do ramo

RECORD 13 003

INSTITUTO RADIOLOGICO "CABELLO CAMPOS"

Radiodiagnóstico e Radioterapia

Director: Dr. J. M. CABELLO CAMPOS

(Do Colégio Brasileiro de Radiologia)



RUA MARCONI, 94 - 2.º andar — Telefone 34-0655

SÃO PAULO

EXCERPTA MÉDICA

Revista internacional de resumos dos últimos trabalhos
publicados na literatura médica mundial.



Publica mensalmente um volume de cada uma das seguintes especialidades:

- | | |
|---|-------------------------------------|
| I — Anatomia, Embriologia e Histologia. | VIII — Neurologia e Psiquiatria. |
| II — Fisiologia, Bioquímica e Farmacologia. | IX — Cirurgia. |
| III — Endocrinologia. | X — Obstetrícia e Ginecologia. |
| IV — Microbiologia e Higiene. | XI — Oto-rino-laringologia. |
| V — Patologia Geral e Anatomia Patológica. | XII — Oftalmologia. |
| VI — Medicina Geral. | XIII — Dermatologia e Venereologia. |
| VII — Pediatria. | XIV — Radiologia. |
| | XV — Tuberculose. |



Pedidos de assinaturas para:

111, KALVERSTAAT — AMSTERDAM C. — HOLANDA

DISTONEX



para o



Equilíbrio vago-simpático



LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamarandá, 376 - Telefone, 36-4572 - São Paulo

São Paulo. Editora S/A, impressão.